

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**“CAMINHANDO CONTRA O VENTO  
SEM LENÇO E SEM DOCUMENTO...”**


ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PSICÓTICO E  
FAMILIARES A NÍVEL AMBULATORIAL E/OU DOMICILIAR  
NA BUSCA DO RESGATE DA CIDADANIA,  
REINTEGRANDO – O NO SEU CONTEXTO

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1998.

CILANE EDÉCIA BAUER  
NOÉLIA FERNANDES DE OLIVEIRA  
SIMONE ALEXANDRA SCHWARTZ

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE  
PSICÓTICO E FAMILIARES A NÍVEL AMBULATORIAL  
E/OU DOMICILIAR NA BUSCA DO RESGATE DA SUA  
CIDADANIA, REINTEGRANDO – O NO SEU CONTEXTO

TRABALHO DE CONCLUSÃO  
APRESENTADO AO CURSO DE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0444  
Autor: Bauer, Cilane Edéc  
Título: Assistência de enfermagem ao cli  
  
972492361 Ac. 241863  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ORIENTADOR: JONAS SALOMÃO SPRÍCIGO  
SUPERVISORA: DOROTÉA LOES RIBAS

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1998

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0444  
Ex.1

ALEGRIA, ALEGRIA  
(Caetano Veloso)

Caminhando contra o vento  
Sem lenço, sem documento  
No sol de quase dezembro, eu vou  
O sol se reparte em crimes  
Espaçonaves guerrilhas  
Em Cardinales bonitas, eu vou  
Em caras de presidentes  
Em grandes beijos de amor  
Em dentes, pernas, bandeiras  
Bomba e Brigitte Bardot  
O sol nas bancas de revista  
Me enche de alegria e preguiça  
Quem lê tanta notícia, eu vou  
Por entre fotos e nomes  
Os olhos cheio de cores  
O peito cheio de amores vãos  
Eu vou, por que não  
Por que não?  
Ela pensa em casamento  
E eu nunca mais fui à escola  
Sem lenço, sem documento  
Eu vou  
Eu tomo uma Coca-Cola  
Ela pensa em casamento  
E uma canção me consola  
Eu vou  
Por entre fotos e nomes  
Sem livros e sem fuzil  
Sem fome, sem telefone  
No coração do Brasil  
Ela nem sabe até pensei  
Em cantar na televisão  
O sol é tão bonito, eu vou  
Sem lenço, sem documento  
Nada no bolso ou nas mãos  
Eu quero seguir vivendo, amor  
Eu vou  
Por que não...  
Por que não...

“A saúde mental pode ser medida pela quantidade e qualidade em que alguém é capaz de viver. O que não se pode é confundir as pessoas silenciosas com as pessoas silenciadas – aquelas cujo silêncio ainda está cheio de gritos abafados”.

André Gaiarsa

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela grandiosidade de se mostrar sempre presente, não nos permitindo enfraquecer e desistir, dando-nos sabedoria para mais esta conquista.

Gostaríamos de manifestar os nossos sinceros agradecimentos aos que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma, para a realização deste trabalho.

De modo especial, queremos agradecer com muito carinho aos clientes do CAPS, que através de sua participação, contribuíram para a realização deste trabalho e por serem eles o estímulo para a escolha do local de estágio e o tema desenvolvido.

Aos funcionários do CAPS, em especial à Elizete Tancredo Porto; à diretora da Policlínica, Ana Márcia Madeira e, à Chefe de Enfermagem Ângela, pelo acolhimento e disposição por ajudar no que fosse necessário.

À supervisora e enfermeira Dorotéia Loes Ribas e à co - supervisora Sílvia Arruda, pela disposição a nos orientar nos momentos em que a experiência valia tanto ou mais que o saber, aceitando nossas críticas e observações e as valorizando. Pelo carinho e atenção dispensada e colaboração com literatura.

Ao coordenador do CAPS, João Zardo Neto, pelo estímulo que nos fez descobrir que a psiquiatria é um campo rico e interessante de se trabalhar.

Ao nosso orientador, Jonas Salomão Sprícigo, por se colocar à disposição desde o primeiro momento da idéia do projeto. Pela sua amizade e incentivo e por acreditar em nós.

As enfermeiras docentes Rosangela Maria Fenili e Tânia Mara Xavier Scóz, pelas suas contribuições ao projeto.

Aos professores e funcionários da UFSC que deixaram saudades.

Aos profissionais que nos receberam em ocasião de visita no Instituto São José e Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS.

Aos nossos familiares, esposos e amigos pelo estímulo dado nos momentos difíceis e por ter compartilhado nossas alegrias, angústias e vitórias.

A nós, pelo companheirismo no enfrentamento de dificuldades, angústias e momentos de alegria.

## **RESUMO**

Trata-se do relatório de estágio da Oitava Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, desenvolvido no período de março a julho de 1998. Relata a assistência de enfermagem ao cliente psicótico e seus familiares no contexto ambulatorial e/ou domiciliar na busca do resgate de sua cidadania, reintegrando-o à família e/ou sociedade, baseado na teoria da Relação Pessoa a Pessoa proposta por Travelbee (1979).

As atividades aqui relatadas foram desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Policlínica de Referência Regional, situada em Florianópolis.

A proposta do projeto era a de assistir os clientes psicóticos egressos de hospitais, centros de saúde ou clínicas, encaminhados para o Programa de Psicóticos do CAPS.

## **SUMMARY**

It is the report of the apprenticeship of the Eighth Curricular Unit of the Course of Graduation in Nursing, developed in the period of March to July of 1998. Tells the nursing attendance to the psychotic customer and its relatives in the context ambulatorial and/or domiciliar in the search of the ransom of its citizenship, reintegrating it to the family e/ou society, based on Relations Person's theory the Person proposed by Travelbee (1979).

The activities here told they were developed in the Center of Atenção Psicossocial (CAPS) of Policlínica of Regional Reference, placed in Florianópolis.

The proposal of the project was the one of attending the customer psychotic coming from of hospitals, centers of health or clinics, guided for the Program of Psychotic of CAPS.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	REVISÃO DA LITERATURA .....	14
2.1	Psicoses Funcionais .....	14
2.1.1	Aspectos gerais .....	14
2.1.2	Psicose Esquizofrênica .....	14
2.1.2.1	História.....	14
2.1.2.2	Epidemiologia.....	15
2.1.2.3	Etiologia .....	16
2.1.2.4	Características Clínicas .....	18
2.1.3	Psicoses Esquizoafetivas .....	19
2.1.3.1	Aspectos gerais .....	19
2.1.3.4	História .....	19
2.1.3.3	Epidemiologia .....	19
2.1.3.4	Etiologia .....	19
2.1.3.5	Características Clínicas .....	20
2.1.3.6	Tratamento medicamentoso .....	20
2.1.4	Psicoses Afetivas .....	20
2.1.4.1	Aspectos gerais .....	20
2.1.4.2	Epidemiologia .....	21
2.1.4.3	Etiologia .....	21
2.1.4.4	Características clínicas .....	21
2.1.4.5	Tratamento medicamentoso .....	21
2.1.5	Tratamento do paciente com psicose .....	22
2.1.5.1	Fase aguda .....	22
2.1.5.1.1	Tratamento farmacológico .....	22
2.1.5.1.2	Abordagem psicossocial .....	28
2.1.5.2	Fase de manutenção .....	29
2.1.5.2.1	Tratamento farmacológico .....	29
2.1.5.2.2	Abordagem psicossocial .....	29
2.1.5.2.3	Psicoterapia .....	29
2.1.5.2.4	Orientação familiar .....	30
2.1.5.2.5	Terapia ocupacional e laborterapia.....	30
2.1.5.2.6	Acompanhante terapêutico.....	30
2.2	Enfermagem psiquiátrica .....	31
2.3	Acontecimentos atuais acerca de Saúde Mental .....	31
3	MARCO CONCEITUAL .....	34
3.1	Referencial teórico baseado em Joyce Travelbee .....	34
3.1.1	Processo de Enfermagem segundo Travelbee .....	38
3.2	Conceitos utilizados neste Relatório .....	38
4	OBJETIVOS .....	41
4.1.1	Objetivos Específicos .....	41
5 -	METODOLOGIA .....	44
5.1	Características do local de estágio .....	44
5.2	Planejamento das ações .....	45
5.3	Cronograma .....	51



6	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	52
6.1	Objetivos propostos.....	52
6.2	OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS E REALIZADOS .....	79
6.2.1	Levantamento estatístico .....	79
6.2.2	Atendimentos diversos .....	79
6.2.3	Curso de Saúde Mental .....	79
6.2.4	Passeio ao Shopping .....	80
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
9	ANEXOS .....	84

## 1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório discorre sobre as atividades de estágio realizadas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS da Policlínica de Referência Regional no período de 25/03 a 05/06/98 e trata da assistência de enfermagem ao cliente psicótico e familiares no contexto ambulatorial e/ou domiciliar na busca do resgate da cidadania, reintegrando-o à família e/ou sociedade. Tem como referencial teórico, que fundamentou o desenvolvimento deste trabalho, proposições de Travelbee (1979).

Concordamos com a visão de Travelbee (1979), quando ela diz que a enfermidade mental constitui-se num juízo de valor. Tais juízos são relativos e estão evoluindo e trocando constantemente e o que se considera como conduta "normal" ou "anormal" pode variar consideravelmente de uma cultura para outra, de um período histórico para outra, a enfermidade mental vem sendo considerada como uma classificação, um rótulo, uma categoria e um juízo de valor formulado com base em um certo critério, especialmente no caso das funcionais quando estes critérios estão determinados geralmente por normas culturais, regras e forma de comportamento apropriadas em uma dada sociedade. Assim, podemos considerar como sendo a doença mental fazendo parte de um contínuo onde a saúde mental fica num extremo e a enfermidade mental no outro. A enfermidade mental constitui uma experiência vivida pelo ser humano, não constituindo-se apenas de um rótulo ou uma categoria, e sim, algo que afeta cada aspecto da pessoa e que se reflete em seus sentimentos, pensamentos e ações.

Porém, nem sempre a enfermidade mental foi vista sob este ângulo, como prova a história da Psiquiatria.

Na primeira metade do século XIX com o início das internações dos doentes mentais surge a atividade psiquiátrica no Brasil. O objetivo era retirar das ruas os "loucos", impedindo assim a sua convivência com a sociedade. Eram recolhidos aos porões das Santas Casas de Misericórdia, que eram Hospitais Gerais administrados pelas religiosas. Não tinham nenhum tipo de assistência especializada, ficando sob a guarda de carcereiros.

O marco da assistência psiquiátrica brasileira foi a construção do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, em 1852. Os hospícios eram os substitutos diretos das prisões com a diferença de terem tratamento médico e apoio religioso.

Esse modelo (hospitalar) foi seguido pelas principais capitais brasileiras, mas em nada mudou a assistência ao doente mental, baseando-se apenas em reclusão do paciente, sem atender as suas necessidades mais elementares. Sua clientela eram pessoas pobres que formavam o grupo dos "marginalizados" da cidade, sendo que os ricos eram recolhidos em aposentos-prisões nos fundos de suas casas.

Uma reformulação no serviço de assistência psiquiátrica ocorreu em 1973, dando ênfase e prioridade no desenvolvimento de recursos e técnicas de assistência extra-hospitalar com o objetivo de prevenção primária, secundária e terciária, caracterização de programas específicos e formação de equipe multiprofissional.

O Ministério da Saúde e da Previdência Social em 1979, com o objetivo de redefinir as bases para uma política de saúde mental, propôs diagnosticar precocemente as alterações mentais e emocionais, reintegrar o doente mental à sua família e sociedade e diminuir (conseqüentemente) o número de internações nas instituições psiquiátricas.

A partir de discussões na 8ª Conferência Nacional de Saúde criam-se serviços ambulatoriais de assistência aos pacientes psiquiátricos, prevendo a atuação de uma equipe multiprofissional.

A referência inicial da história da psiquiatria em Santa Catarina teve como apoio o hospital psiquiátrico na cidade de Azambuja construído (em 1910 funcionando até 1941) pelo Provincialato da Divina Providência dessa cidade com a proposta de atender aos pacientes que viviam isolados, acorrentados, presos em quartos ou jogados nas ruas da comunidade. As instituições mais próximas eram o Hospital São Pedro, em Porto Alegre e Hospital Franco da Rocha, em São Paulo.

No ano de 1942 ocorreu a construção do Hospital Colônia Santana (atual Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina - IPQ) no município de São José (distante 22 Km de Florianópolis), teve início a assistência psiquiátrica oficial em Santa Catarina. A terapêutica consistia em eletroconvulsoterapia, insulinoaterapia e o cardiazol; os pacientes permaneciam em pátios ou em celas com pouca ou nenhuma supervisão.

No início da década de 40 a Unidade Sanitária do Departamento Autônomo de Saúde Pública em Florianópolis era o único ambulatório de “doença mental” e atendia cerca de 165 pacientes mensalmente.

Uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado inicia-se a partir de 1970, com a criação da Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública. Inicia-se a implementação de metas prioritárias estabelecidas pela Secretaria de Saúde de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Uma das metas foi a criação de ambulatórios de saúde mental nas cidades-sedes de Distritos Sanitários.

Aos poucos foram abolidas as técnicas agressivas de terapia, sendo substituídas pelas terapêuticas medicamentosas (neurolépticos) e trabalhos terapêuticos alternativos.

Em 1987 o número de ambulatórios psiquiátricos em Santa Catarina chegava a trinta e cinco. Até essa época a saúde mental catarinense e a prática psiquiátrica caracterizava-se pela tentativa de cura, obtenção de lucro e exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do doente mental.

Em decorrência do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciado a partir da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em julho de 1987, surgiu o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) com a proposta de mudar os paradigmas da atenção psicossocial, sendo o primeiro recurso não manicomial da rede pública no Estado criado em novembro de 1989.

Em Florianópolis existe também o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que surgiu a partir de uma Conferência Municipal de Saúde ocorrida no final de 1995. Pertence ao Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que prioriza um trabalho à nível de prevenção, onde o hospital não aparece como o único recurso de atenção nessa área, conforme preconiza a atual política do Ministério da Saúde e o Relatório da Iª Conferência Municipal de Saúde (Fenili, 1997).

Atualmente existe um grande movimento antimanicomial e instituições que lutam por práticas assistenciais mais humanizadas, respeitando os direitos de cidadania desses indivíduos.

Segundo o Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (1992, p. 38) “a cidadania é uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz. Em nosso país, milhões de brasileiros estão destituídos da garantia dos elementares direitos. Assim, a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares” (Conselho Regional de psicologia, 1997).

Falamos em cidadania porque entendemos que é impossível dissociar o tratamento medicamentoso do enfermo mental da terapêutica de (re)socialização na família e sociedade. Moreira (1983, p. 191) afirma que “na doença física é possível avaliar, com mais frequência, os resultados das terapêuticas empregadas via medidas objetivas como, por exemplo, correlação entre dieta e diminuição/aumento de peso em crianças. Essas relações podem ser aferidas a partir de testes estatísticos, mas, enquanto, isso na avaliação da eficácia da intervenção psiquiátrica, reajustamento social, adaptação, permanecem no rol limitado de medidas de desempenho. Difícil, pois se torna desvincular o processo de (re)socialização com o processo terapêutico. Ambos também caminham junto com a normalização do indivíduo”.

Acreditamos que a sociedade pré-diagnostica o doente mental quando este não está de acordo com os padrões estabelecidos, sendo que o psiquiatra (na maioria das vezes) não contextualiza o seu paciente, atribuindo a este um diagnóstico frente a ansiedade familiar e às atitudes do paciente.

Jaccard (1981, p. 15) diz que: “É efetivamente a sociedade que define as normas de pensamento e do comportamento, é ela que determina os limites da loucura. Cheio de suas ilusões, seguro do seu saber, o psiquiatra que se considera independente do contexto social não percebe que, com muita frequência, é a sociedade que faz o diagnóstico e que ele existe simplesmente para dar - lhe seu aval”.

Segundo Jaccard (1981) a doença mental é uma doença social, ligada à opressão e exploração do paciente, sendo que este reage com revolta ante uma situação considerada insustentável. Esta é a abordagem política proposta por alguns psiquiatras e sociólogos, como Cooper e Basaglia. Além dessa abordagem, Jaccard aponta outras teorias acerca da origem da doença mental: na abordagem Médica, neurologistas e psiquiatras acreditam que a doença mental é orgânica, e, que o comportamento “anormal” resulta de desordem biológica mais ou menos grave; na Psicanalítica os partidários freudianos acreditam que a doença mental são estados de perturbação afetiva ligada a história infantil do paciente, e o comportamento é apresentado de forma sintomática decorrentes dos problemas emocionais; a Sistêmica refere-se aos estudiosos (psiquiatras e psicólogos) da patologia da comunicação, que definem a doença mental como consequência das comunicações familiares patogênicas, na qual o paciente reage às manipulações de que é objeto; na Sacrificial, Psiquiatras e Sociólogos dizem que trata-se de uma rotulação e estigmatização dos membros que se desviam das normas sociais. O paciente reage de maneira “oblíqua” à sua vitimização e exclusão.

De acordo com Taylor (1990) a enfermagem deve estar informada sobre a carta de direitos do paciente, publicada pela Associação Norte - Americana de hospitais, em 1973. Todo paciente tem direito à:

- 1) Receber um atendimento atencioso e respeitoso;
- 2) Obter de seu médico informações atualizadas e completas sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico de forma que possa compreender. Quando não é clinicamente aconselhável passar-se essa informação ao paciente, deverá ser dada a uma pessoa apropriada, visando seu benefício. Ele tem o direito de conhecer, pelo nome, o médico responsável pela coordenação de seu atendimento;
- 3) Receber de seu médico as informações necessárias para que possa dar consentimento informado antes do início de qualquer procedimento e/ou tratamento. Exceto nas emergências, essa informação, que tem por objetivo o consentimento informado, deve incluir o procedimento e/ou tratamento, os riscos médicos e a duração provável da incapacitação, mas não necessariamente estar limitada a isso. Quando alternativas terapêuticamente importantes para o atendimento ou tratamento existem, ou quando o paciente solicita informações relativas às alternativas terapêuticas, ele tem o direito de ter acesso a elas;
- 4) Recusar o tratamento, até onde permitido pela Lei e ser informado das consequências clínicas de sua ação;
- 5) Receber toda a consideração quanto à sua privacidade e com relação ao seu próprio programa de atendimento médico. Discussões do caso, consultas, exames e tratamento são confidenciais e devem ser conduzidos discretamente. Aquelas pessoas não envolvidas em seu atendimento devem ter permissão do paciente para estar presentes;
- 6) Esperar que todas as comunicações e registros relacionados ao seu caso, sejam tratados com sigilo;
- 7) Esperar que, dentro do possível, o hospital ofereça uma resposta razoável à solicitação de um paciente por serviço. O hospital deve oferecer avaliação, serviço e/ou encaminhamento, conforme indicado pela urgência do caso. Quando clinicamente permissível, um paciente pode ser transferido para outro local, apenas após ter recebido informações detalhadas com relação às necessidades de alternativas para essa transferência. A instituição à qual o paciente será transferido, deve tê-lo aceito antes;
- 8) Obter informações quanto a qualquer convênio de seu hospital com outras instituições de atendimento e educacionais, até onde isso envolva seu atendimento. O paciente tem o direito de obter informações quanto à existência de quaisquer relacionamentos profissionais entre os indivíduos que o estão tratando, especificando seus nomes;
- 9) Ser avisado, se o hospital propõe-se a desenvolver ou realizar experimentos humanos que afetem seu atendimento ou tratamento. O paciente tem o direito de recusar-se a participar nesses projetos de pesquisa;
- 10) Esperar uma continuidade razoável do seu tratamento. Tem o direito de saber, de antemão, que horários de consulta e que médicos estão responsáveis e onde. O paciente tem o direito de esperar que o hospital ofereça um mecanismo pelo qual seja informado por seu médico, ou alguém delegado pelo médico, sobre as exigências de continuidade do atendimento após a sua alta;
- 11) Examinar e receber uma explicação sobre sua conta hospitalar, não importando a fonte do pagamento;
- 12) Saber que regulamentos e regras hospitalares aplicam-se a sua conduta enquanto paciente.

Conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem "a Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimento científicos e técnicos, constituído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstâncias de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexo nos campos técnico, científico e político. O Código de ética profissional reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta ética do profissional que deverá ser assumido por todos".

Princípios fundamentais do código de ética de Enfermagem:

Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2º - O Profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3º - O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 4º - O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5º - O Profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando a promoção do ser como um todo.

Art. 6º - O Profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem. (COREN - SC Em busca da conscientização, 1998, p. 42 e 43).

Com base nesse Código de Ética e na teoria de Travelbee (1979) norteamos nosso estágio e cumprimos a nossa proposta do projeto, apresentando os resultados neste relatório.

## 2 – REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 – Psicoses Funcionais

#### 2.1.1 - Aspectos Gerais

**E**m todas as épocas a palavra “loucura” inspirou horror para a humanidade. É evidente o desprezo e o temor que as pessoas associam à loucura. Estes sentimentos refletem a ignorância a respeito da esquizofrenia, ignorância que se encontra mesmo entre pessoas de instrução elevada. Para as pessoas de menor nível de instrução, o esquizofrênico é representado pela imagem de alguém que usa um chapéu de Napoleão e fica parado com a mão enfiada na camisa.

Seria a psicose um erro biológico ?

Perguntaríamos à mãe natureza, mas talvez o erro não esteja nela, mas na pergunta. Talvez a psicose seja uma jóia , uma esplêndida forma de adaptar-se às situações extremas em que as pessoas "normais" não suportariam e sucumbiriam pondo em risco a preservação da espécie. A natureza prefere que uma espécie criada permaneça na existência ainda que doente do que desapareça. Verifica-se em diferentes populações pelo mundo que algumas vezes, certas doenças permitem uma melhor adaptação a uma circunstância adversa do que os indivíduos "saudáveis". Os pacientes psicóticos, pela natureza de sua doença, são apáticos às pressões estressantes, podem sobreviver em circunstâncias socialmente hostis sem se perturbarem, preservando-se e principalmente, gerando uma prole não psicótica. Situações extremas como fome generalizada, catástrofes naturais, epidemias podem levar as pessoas a cometerem atos desesperados e acelerarem seu extermínio, enquanto um psicótico na calma da apatia sobrevive. Os psicóticos podem ser mal adaptados à sociedade atual, mas eles têm seu papel na preservação desse mundo que os rejeita ( <http://homepage.esotérica.pt/~gleicy/schizo.html>).

#### 2.1.2 – Psicose Esquizofrênica

##### 2.1.2.1 - História

As duas pessoas – chave na história da Psiquiatria foram Emil Kraepelin (alemão) e Eugen Bleuler (suíço). Kraepelin reuniu os quadros catatônico, hebefrênico e demência paranóide (por ele descritas) sob a designação de *dementia praecox*. Esses quadros iniciam-se na segunda década de vida e causam uma deteriorização da personalidade do paciente.

O termo *dementia praecox*, no entanto, não era satisfatório, já que em alguns pacientes, a doença se instalava em uma faixa etária mais velha; não havia também uma

demência em sentido estrito, mas alterações que atingiam as esferas afetiva e conativa da personalidade.

Em 1908, Eugen Bleuler sugeriu a substituição pelo termo esquizofrenia (do grego *schizo* = cindido, *phrén* = mente). Ele não acreditava ser a deteriorização da personalidade um sintoma necessário do transtorno.

De acordo com Louzã et al (1995), atualmente, novas formas de classificação da esquizofrenia têm sido propostas: em 1980 Crow propôs que haveria duas síndromes interdependentes na esquizofrenia; a do tipo I, caracterizada por delírios e alucinações (chamados sintomas produtivos ou positivos) e, a de tipo II, em que predominam o embotamento afetivo e a pobreza de discurso (chamados sintomas negativos ou deficitários). Segundo o mesmo autor durante o curso da doença, os pacientes tenderiam a evoluir de uma síndrome de tipo I para uma de tipo II. No entanto, Crow (1990) reformulou essa concepção alguns anos mais tarde, postulando um *continuum* entre esquizofrenia e as demais psicoses endógenas e retomando a idéia de psicose unitária.

### 2.1.2.2 – Epidemiologia

De acordo com Usdin e Lewis (1979) a incidência (casos novos por ano) é 1/1000 e a prevalência (número de pessoas afetadas durante um período de 1 ano) é 4/1000, com uma prevalência para o período de vida (percentagem de pessoas afetadas durante seu período de vida) de aproximadamente 1%.

A esquizofrenia, a mais comum das psicoses funcionais, é uma doença de distribuição universal.

#### Idade e Sexo

Segundo Kaplan e Sadock (1993), o aparecimento da doença, nos homens, ocorre entre os 15 e 25 anos de idade e, para as mulheres, entre os 25 e 35 anos. É extremamente raro o início da esquizofrenia antes dos 10 anos ou após os 50 anos de idade.

#### Mortalidade

As taxas de mortalidade das pessoas esquizofrênicas são altas relacionadas à acidentes, causas naturais e por um fenômeno não explicado, mas relacionado às instituições de tratamento.

#### Morbidade

Não há diferença na morbidade da esquizofrenia entre os homens e mulheres.

#### Condições culturais e sócio – econômicas

A esquizofrenia tem sido encontrada em todas as culturas e classes sócio – econômicas.

Em países industrializados existe um número desproporcional de pacientes esquizofrênicos nas classes sócio – econômicas mais baixas.

A prevalência da esquizofrenia tem sido relacionada com a densidade populacional local em cidades com mais de 1 milhão de habitantes, sendo mais fraca em cidades com população de 100.000 a 500.000 habitantes e inexistente em cidades com população menos de 10.000.



A imigração, industrialização e tolerância cultural com relação ao comportamento marginal têm sido hipotetizadas como contribuindo para a etiologia da esquizofrenia. Visto que alguns estudos relatam uma prevalência mais alta de esquizofrenia entre imigrantes recentes, este achado tem implicado a mudança cultural brusca como um estressor envolvido na etiologia deste transtorno. Tem sido observado também um aparente aumento na prevalência da esquizofrenia entre a população do terceiro mundo, à medida que aumenta o contato com culturas tecnologicamente avançadas. Finalmente, tem-se argumentado que as culturas podem ser mais ou menos “esquizofrenogênicas”, dependendo de como a doença mental é percebida, da natureza do papel da doença, do sistema de apoio social e da complexidade da comunicação social. A esquizofrenia é prognosticamente mais benigna em nações menos desenvolvidas, onde os pacientes são reintegrados em sua comunidade e família mais completamente do que nas sociedades ocidentais altamente civilizadas.

### 2.1.2.3 - Etiologia

De acordo com Kaplan e Sadock (1993), ainda hoje não se conhece a causa da esquizofrenia, sabe-se que trata-se de um transtorno heterogêneo, ou seja, ligados à vários fatores. O indivíduo que está, de certa forma, predisposto à situações de stress, por exemplo componente ambiental ou psicológico, poderá a vir a desenvolver a esquizofrenia.

#### Fatores biológicos

Alguns autores afirmam que essa doença é um distúrbio bioquímico determinado por um tipo genético de deficiência enzimática que varia de acordo com o grau de relação de parentesco.

Prevalência de Esquizofrenia em Populações Específicas

População	Prevalência
População geral	1,0
Irmão não-gêmeo de um paciente esquizofrênico	8,0
Criança com um dos pais esquizofrênico	12,0
Gêmeo dizigótico de um paciente esquizofrênico	12,0
Criança com os dois pais esquizofrênicos	40,0
Gêmeo monozigótico de um paciente esquizofrênico	47,0

Fonte: Kaplan e Sadock, 1993.

Reconhece-se a predisposição genética, porém existem questões ainda para serem respondidas como: quanto ao modo de herança, seus efeitos sobre a constituição biológica e sua expressão durante o desenvolvimento e a interação com o meio.

Estudiosos como Carlsson (1967) apud, Louzã et al (1995 p.184) sustentam a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia, que baseia-se em três achados principais: 1) o uso crônico de drogas de ação dopaminérgicas como os anfetamínicos, podem provocar um quadro psicótico muito semelhante ao da esquizofrenia paranóide; 2) as drogas cuja ação é o bloqueio dopaminérgico, como os neurolépticos, diminuem os sintomas psicóticos tanto na esquizofrenia como nas psicoses anfetamínicas e, além disso, sua capacidade de

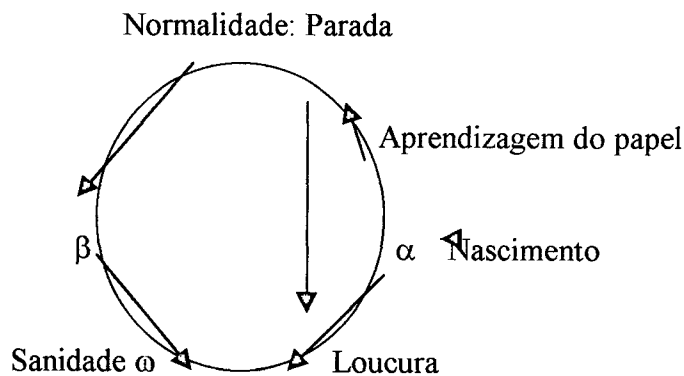
deslocar antagonistas dopaminérgicos *in vitro* correlaciona-se à dose clínica usual; 3) em estudos histoquímicos *post mortem* foi encontrado um aumento do número de receptores dopaminérgicos em pacientes esquizofrênicos, sendo assim tinham como hipótese inicial a hiperatividade de alguns sistemas dopaminérgicos do sistema nervoso central a responsável por sintomas psicóticos da doença (como os delírios e alucinações). No entanto, a hipótese dopaminérgica apresenta uma série de limitações Davis e cols. (1991) apud Louzã et al (1995) porque alguns sintomas da esquizofrenia (chamados sintomas negativos), apresentam pouca melhora com os neurolépticos. Cerca de um quarto dos pacientes esquizofrênicos é resistente ao tratamento usual. Finalmente, alguns neurolépticos eficazes no tratamento da esquizofrenia apresentam baixa afinidade com os receptores de tipo D2. Tomados em conjunto, tais achados permitem concluir que embora a hipótese de hiperatividade dopaminérgica da esquizofrenia não esteja totalmente incorreta, ela não é suficiente para explicar todos os fenômenos observados na esquizofrenia.

#### Fatores psicossociais

D'Andrea (1988) afirma que os fatores psicossociais podem ser atribuídos em: familiares e sócio - culturais. Aos familiares têm-se dado importância às relações primitivas do esquizofrênico com sua mãe. No período da infância, o esquizofrênico se vê frustrado por não obter respostas não - verbais satisfatórias dos adultos e porque a verbalização não coincide com a ação. Em seu ambiente familiar, diz-se uma coisa e se faz outra. Isso impede o indivíduo de buscar dentro de si mesmo o bem-estar que necessita.

Em relação ao meio, as influências são mais amplas que as da família; condições sócio - econômicas, estresses sociais e da vida urbana são fatores desencadeantes de síndromes esquizofrênicas em indivíduos predispostos e também podem complicar o diagnóstico, o tratamento e a recuperação desses indivíduos.

Segundo Cooper (1967, p. 33), “Desde o instante do nascimento, a maioria das pessoas progride através de situações de aprendizado social na família e na escola até atingirem a normalidade social. A maioria das pessoas ficam desenvolvimentalmente paradas neste estado de normalidade. Algumas sucumbem durante este progresso e regridem ao que chamamos de loucura no diagrama. Outras, pouquíssimas, conseguem deslizar através do estado de inércia ou parada representado pela normalidade estatística, alienada, e progridem até certo ponto do caminho ( $\beta$ ) para a sanidade, retraindo uma consciência de normalidade social de tal forma que podem evitar invalidação (representa sempre um jogo de dados). Cabe notar que a normalidade está “distante”, em pólo oposto não só à loucura, mas também a sanidade mental. Esta se aproxima da loucura, porém sempre permanece um hiato de grande importância, uma diferença. É o ponto ( $\omega$ )”.



#### 2.1.2.4 - Características Clínicas

Usdin e Lewis (1981) consideram o quadro clínico característico da esquizofrenia de delírios de passividade (ser controlado por uma força externa) e outros fenômenos psicóticos, tais como: alucinações auditivas e outros delírios, na ausência de euforia ou depressão acentuadas. O isolamento social e o afeto rígido ou incongruente também fazem parte desse quadro.

A nível didático, as esquizofrenias classificam-se em:

- a) Catatônicas: têm como principais sintomas as anormalidades motoras, atividades excessivas (agitação catatônica) ou inatividade, até mutismo e imobilidade. Podem ocorrer sinais de agitação e violência extremas (“furor catatônico”).
- b) Paranóide: nesta predominam os delírios, especialmente delírios de referência ou perseguição que podem provocar o mecanismo compensatório da grandiosidade. É a forma mais comum de esquizofrenia.
- c) Hebefrênica: Louzã et al (1995) diz que está alterada a afetividade do paciente, com delírios e alucinações fragmentárias, comportamento bizarro ou pueril ou maneirismos. O afeto é inapropriado ou superficial com risos motivados.
- d) Simples: D’Andrea (1988) afirma que é caracterizada pelo retraimento e pelo afeto rígido e também pelo comportamento ocasionalmente bizarro ou inadequado. É considerada pouco comum, sendo que seu início é insidioso, mas progressivo.
- e) Latente: este diagnóstico deve ser utilizado para pacientes que manifestam sintomas de esquizofrenia sem desenvolver um quadro esquizofrênico aberto. É considerado um transtorno pré – psicótico, pseudoneurótico, pseudopicopático ou fronteiro (bourdeline).
- f) Residual: o termo esquizofrenia residual designa os pacientes que não mostram mais evidências, como por exemplo, sintomas negativos, hipoatividade, embotamento afetivo, perda da iniciativa, lentificação psicomotora e pouca comunicação não – verbal através de expressão facial.

### **2.1.3 - Psicoses Esquizoafetivas**

#### **2.1.3.1 - Aspectos gerais**

Conforme Kaplan (1993, p. 373) “Alguns pacientes psiquiátricos têm sintomas tanto de esquizofrenia quanto de um transtorno do humor. Não é possível classificar esses pacientes como tendo apenas um dos dois transtornos sem distorcer algum aspecto de sua apresentação clínica. O termo diagnóstico tradicional para esses pacientes tem sido o de *esquizoafetivo*”.

#### **2.1.3.2 - História**

Pacientes com aspectos mistos de esquizofrenia e transtornos afetivos foram descritos por G. H. Kirby, em 1913 e por A. Hoch, em 1921, classificando-os no grupo da psicose maníaco – depressiva de Emil Kraepelin, pois os pacientes não apresentavam curso deteriorante de demência precoce.

Em 1933, um grupo de pacientes com sintomas esquizofrênicos e afetivos concomitantes foram estudados por Jacob Kasanin. Embora esses pacientes apresentassem recuperação de seus sintomas, Kasanin classificou-os como tendo um tipo de esquizofrenia.

Em 1970, depois de muitas pesquisas, dois conjuntos de dados causaram a mudança de perspectiva, do transtorno esquizoafetivo como uma doença esquizofrênica, para a de transtorno do humor, sendo que o carbonato de lítio demonstrou ser o tratamento efetivo e específico para os transtornos tanto bipolares quanto esquizofrênicos.

#### **2.1.3.3 - Epidemiologia**

Atualmente a epidemiologia não é bem explorada por haver freqüentes mudanças em relação aos critérios de diagnóstico do transtorno esquizoafetivo. Tendo como base os dados disponíveis, a prevalência para o período de vida é de menos 1% (entre 0.5 a 0.8 %). Não parece existir uma diferença entre homens e mulheres.

#### **2.1.3.4 - Etiologia**

Segundo Kaplan (1993, p. 373) “Embora a causa do transtorno esquizoafetivo seja desconhecida, existem quatro modelos conceituais: 1) ele pode ser um tipo de esquizofrenia ou de transtorno do humor; 2) pode representar uma combinação de esquizofrenia e de transtorno do humor; 3) pode ser completamente distinto tanto da esquizofrenia quanto de um transtorno de humor; 4) talvez, mais provavelmente, compreenda um grupo heterogêneo, representando as primeiras três possibilidades”.

### **2.1.3.5 - Características Clínicas**

Segundo Kaplan (1993), os sinais e sintomas clínicos vistos do transtorno esquizoafetivo incluem todos os sinais e sintomas da esquizofrenia, mania e depressão. O curso pode variar, desde exacerbações e remissões até um curso de deteriorização crônica. A incidência de suicídio entre pacientes com transtorno esquizoafetivo é estimada como sendo, no mínimo de 10%.

### **2.1.3.6 - Tratamento medicamentoso**

As principais modalidades de tratamento para o transtorno esquizoafetivo são hospitalização, medicação e intervenções psicossociais. Os pacientes com transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar, devem receber testes com lítio ou carbamazepina (Tegretol), ou uma combinação dos dois. Já os pacientes com transtorno esquizoafetivo, tipo depressivo, devem receber testes com antidepressivos e terapia eletroconvulsiva, antes de se determinar que não respondem ao tratamento antidepressivo.

## **2.1.4 - Psicoses Afetivas**

### **2.1.4.1 - Aspectos gerais**

Segundo Usdin e Lewis (1981, p. 229): “As psicoses afetivas incluem aquelas doenças psiquiátricas em que a sintomatologia predominante envolve um estado afetivo exaltado ou deprimido, distúrbio concomitante do pensamento, e às vezes, também distúrbio da percepção. A depressão psicótica é caracterizada pela depressão intensa, pelo retardo psicomotor, pelo distúrbio do sono e pela constipação”. Muitos especialistas acreditam que só deve se empregar a denominação depressão psicótica quando estão presentes os sintomas usuais de psicose, ou seja, delírios, alucinações, comportamento bizarro e distúrbio do pensamento.

### **2.1.4.2 - Epidemiologia**

Segundo Usdin e Lewis (1981, p. 231): “Os índices relativos à incidência e à prevalência das psicoses afetivas dependem, em grande medida, dos critérios diagnósticos utilizados. Dados os critérios relativamente estritos que se sugerem aqui, às vezes se indica uma incidência ligeiramente superior a 4/1000”.

### **2.1.4.3 - Etiologia**

Existem provas de uma contribuição genética para as doenças afetivas, especialmente em relação às psicoses afetivas bipolares. Também há algumas evidências sugestivas de que a etiologia bioquímica possa ser importante nas psicoses afetivas, onde há hipótese de haver um distúrbio do metabolismo ou das catecolaminas ou do sódio. É

quase certo que outros fatores etiológicos também possam ser considerados, tais como estresses desencadeantes, padrões de interação familiar e traumas no início da infância.

Também existem algumas evidências de que a classe social poderia Ter uma influência na origem das psicoses afetivas, sendo que são mais encontradas com maior frequência em indivíduos de classe superior. Usdin e Lewis (1981, p. 232) “o motivo pelo qual a mania é encontrada numa frequência maior em pessoas de classe superior é o fato de que esses indivíduos tiveram a experiência de realização pessoal em sua vida”.

#### **2.1.4.4 - Características clínicas**

Usdin e Lewis (1981, p. 229) afirmam que “a pessoa com depressão psicótica apresenta depressão intensa e frequentemente tem delírios depressivos, inclusive crença de culpa ou indignidade. O paciente pode ter alucinações auditivas de conteúdo depressivo, como vozes que lhe dizem ser indivíduo sem valor. O retardo psicomotor e a redução da linguagem podem ser tão intensos que é difícil distinguir esses pacientes dos esquizofrênicos catatônicos com mutismo e retardo psicomotor”.

A mania representa o pólo oposto, sendo que o paciente maníaco é eufórico e hiperativo, tem premência de falar, apresenta delírios de grandeza (sabe tudo, acabou de ganhar uma fortuna, inventou máquinas novas e maravilhosas). O paciente pode permanecer acordado a noite inteira, por diversos dias, acreditando que tem contato com pessoas importantes, realizando atos extravagantes, como comprar dois ou três automóveis em alguns dias, ou desenvolvendo um plano grandioso para a paz mundial.

É bom salientar que os pacientes com estados maníacos e aqueles com estados depressivos psicóticos são percebidos pelo grau de antagonismo que podem gerar nas pessoas que lidam com eles. Os maníacos são notórios pelo seu humor contagiante, mas possuem uma habilidade para descobrir e explorar os pontos mais sensíveis dos membros da equipe psiquiátrica. Os pacientes com depressão psicótica também são extremamente frustrantes para aqueles que os cercam, pois conseguem adicionar um sentimento de angústia e sofrimento com o que parece ser uma obstinada determinação de pensar unicamente em si mesmos e não mover um dedo para ajudar a si mesmos ou aos outros em sua volta. Essa mistura de sofrimento e evidente obstinação muitas vezes causa nas pessoas que tratam esses pacientes sentimentos intensos que podem interferir nas medidas terapêuticas.

#### **2.1.4.5 - Tratamento medicamentoso**

Ao tratar pacientes com psicoses afetivas, a preocupação mais urgente diz respeito aos estados depressivos, pois os pacientes têm alto risco de suicídio, sendo que o risco é grande durante todas as fases sintomáticas da doença e parece especialmente elevado durante a fase em que o paciente se está recuperando do episódio psicótico. Embora alguns pacientes em estados maníacos sejam violentos, muito mais frequentemente o problema é sua notável capacidade de desorganizar e alienar suas vidas.

O tratamento mais amplamente recomendado para as psicoses afetivas é o lítio, sendo que este exerce importante influência sobre o controle dos estados sintomáticos. O lítio tem uma toxicidade potencialmente grave, assim como efeitos colaterais, por isso sua administração deve ser controlada.

Para os estados de depressão psicótica, os antidepressivos parecem constituir um tratamento especialmente eficaz, sendo que a imipramina e a amitriptilina são os dois medicamentos que mais mostraram resulta

### **2.1.5 - Tratamento do paciente com Psicose**

Abordaremos o tratamento mais específico ao paciente com Psicose Esquizofrênica, porém não achamos que diferencia do tratamento de outras psicoses como a Afetiva e a Esquizaafetiva.

Atualmente o tratamento do paciente esquizofrênico tem sido um grande desafio, pois exige a participação integrada da equipe para combinar as abordagens biológica, psicológica e psicossocial.

Louzã et al (1995) divide o tratamento do paciente em fase aguda e de manutenção, para facilitar didaticamente.

#### **2.1.5.1 - Fase aguda**

Nesta fase o tratamento pode ser feito à nível ambulatorial ou de internação, conforme o risco de auto ou heteroagressividade.

Depende principalmente do grau de ansiedade, agitação psicomotora, presença de delírios ou alucinações. A internação tem por objetivo proteger o paciente quando este põe em risco a sua vida ou dos outros. Deve ter a menor duração possível para diminuir o seu afastamento do seu meio sócio – familiar.

O objetivo na fase aguda é a diminuição e amenização da sintomatologia apresentada. (Amstrong apud Louzã et al, 1995).

##### **2.1.5.1.1 - Tratamento Farmacológico**

Indicado para a fase aguda, principalmente em forma de neurolépticos. Segundo Louzã et al (1995) sabe-se que os neurolépticos diferem em relação com sua afinidade aos diferentes receptores cerebrais (dopaminérgicos e outros). Os neurolépticos não são equivalentes em relação aos seus efeitos colaterais: de modo geral, os de alta potência (incisivos) apresentam menor sedação e menor ação anticolinérgica, mas produzem mais efeitos extrapiramidais do que os de baixa potência (sedativos). O conhecimento do perfil de efeitos colaterais de cada neuroléptico pode também auxiliar na escolha do medicamento.

Geralmente os neurolépticos têm efeito gradual, em média de quatro a seis semanas, fato esse que leva ao abandono do tratamento pelo paciente. É necessário intervir explicando ao paciente e família sobre o benefício do efeito, se ingerido corretamente o remédio.

Na fase aguda, geralmente se utiliza a chamada neuroleptização rápida (administração de doses elevadas em curtos intervalos de tempo), o que não necessariamente garante uma resposta terapêutica rápida.

A seguir apresentamos um levantamento e estudo das medicações mais utilizadas no CAPS tanto em fase aguda como na fase de manutenção.

### **NEOZINE ( Maleato de Levomepromazina)**

Informação técnica: a Levomepromazina, princípio ativo de neozine, é um dos mais sedativos dos neurolépticos, o mais antiálgico dos derivados fenotiazínicos. A ação antiálgica de neozine é comparável a da morfina, sem ter, entretanto os seus inconvenientes.

Indicações: Neozine apresenta um vasto campo de aplicações terapêuticas, destacando-se as seguintes: psicoses e neuroses, hiperexcitabilidade, algias intensas e irredutíveis, distonias neurovegetativas, pré-medicação anestésica, anestesia potencializada, sedação pós-operatória.

Contra indicações: Não deve ser usado durante os três primeiros meses de gravidez.

Reações Adversas: Entre os efeitos colaterais mais importantes destacam-se as reações de hipersensibilidade e as discrasias sangüíneas (leucocitose, leucopenia e eosinofilia). A sonolência é a única manifestação freqüente e geralmente no início do tratamento. Pode ocorrer ainda palpitação, congestão nasal, edema dos lábios e face, constipação, boca seca e alterações da temperatura corporal. As injeções IM podem ocasionar engurgitamentos locais dolorosos ou reações subfebris, que obrigam a abandonar esta via de administração. Doses elevadas logo no início do tratamento podem provocar hipotensão ortostática.

#### Cuidados de Enfermagem:

- Oferecer sempre os comprimidos acompanhados de líquido.
- As gotas devem ser diluídas em água açucarada e nunca instiladas diretamente na boca.
- As ampolas devem, de preferência, ser administradas pela via IM profunda.
- Orientar em relação a uma dieta rica em fibras.
- Oferecer líquidos e/ou balas para o cliente.
- Estar atenta para as queixas do cliente.
- Exames sangüíneos.

### **HALDOL (Haloperidol)**

Indicações: Indicado para delírios e alucinações na esquizofrenia aguda e crônica. Na paranóia, na confusão mental aguda e no alcoolismo. Mania, demência, alcoolismo, oligofrenia. Agitação e agressividade no idoso. Distúrbios graves do comportamento e nas psicoses infantis acompanhadas de excitação psicomotora, movimentos coreiformes, soluços, tiques, disartria. Estado impulsivos e agressivos. Náuseas e vômitos incoercíveis de várias origens quando outras terapêuticas mais específicas não foram suficientemente eficazes.

Mecanismo de Ação: Haldol é um neuroléptico de ação prolongada do grupo das butirofenonas. Age como bloqueador potente dos receptores dopaminérgicos centrais e classificado como um neuroléptico incisivo. Apresenta uma ação incisiva sobre os delírios e alucinações. É um sedativo eficiente, o que explica seus efeitos favoráveis na mania, agitação psicomotora e outras síndromes de agitação.



Contra-indicações: Estados comatosos, depressão do sistema nervoso central devido ao álcool ou outras drogas ou medicamentos, doença de Parkinson, hipersensibilidade conhecida ao medicamento, lesão nos gânglios de base. Afecções neurológicas acompanhadas de sintomas piramidais ou extra-piramidais. Encefalopatia orgânica grave. Formas graves de nefro e cardiopatia. Depressão endógena. Primeiro trimestre de gestação.

Efeitos Colaterais: Insônia, inquietação, ansiedade, agitação, sonolência, euforia, depressão, cefaléia, confusão, vertigem, alucinações. Efeitos gastrintestinais como anorexia, constipação, diarreia, hipersalivação, dispepsia, náuseas e vômitos. Efeitos endócrinos, reações de hipersensibilidade.

Cuidados de Enfermagem:

- Orientar ao paciente que não ingira álcool ou outras drogas durante o tratamento, pois a interação com outras drogas pode potencializar os efeitos colaterais ou cortar o efeito da medicação.
- Incentivar e mostrar a importância do sono e repouso no caso de insônia.
- Em caso de agitação, inquietação e ansiedade, proporcionar ambiente agradável e tranquilo.
- Estimular a alimentação no caso de anorexia, explicando ao paciente que é um efeito do medicamento e que deve ser superado.
- Para o caso de vertigens e sonolência, solicitar que o paciente permaneça deitado para evitar quedas e acidentes.
- Observar episódios de náuseas, vômitos e diarreias, estimulando a reidratação oral, se necessário.
- Em caso de constipação pode ser estimulado a hidratação e feito massagens a nível de cólon, no caso de persistir o efeito, orientar uma dieta rica em fibras e laxativa.

## **AKINETON**

Indicações: Parkinsonismo, síndromes extrapiramidais de origem medicamentosa, como as provocadas pelos neurolépticos (fenômeno de excitação motora tipo parkinsonismo); espasticidades pós-concussão cerebral e espinhal; traumatismos cranioencefálico, neuralgia do trigêmeo; intoxicação por nicotina em fumantes; espasmos brônquicos.

Contra-indicações: Não se recomenda o uso de Akineton em pacientes portadores de Glaucoma de ângulo estreito, estenoses mecânicas do piloro e megacólon, hipersensibilidade ao Biperideno e, raramente nos pacientes portadores de adenoma de próstata.

Efeitos Colaterais: Embora raras, podem ocorrer reações secundárias do tipo atípico, tais como: secura da boca, turvação da visão, sonolência, euforia ou desorientação, retenção urinária, hipotensão postural, constipação, agitação, distúrbio do humor. Irritação gástrica após o uso oral.

Cuidados de Enfermagem:

- Atentar para interações medicamentosas e seu uso associado principalmente com Levodopa, Amantadina, Primidona, Procainamida e tranquilizantes porque pode potencializar o efeito de cada uma destas drogas.
- Estimular a hidratação, fazendo o paciente beber líquidos ou sugerir o uso de balas para diminuir a sensação de boca seca.

- Em caso de sonolência, mantê-lo em repouso para evitar acidentes, assim como em visão turva.
- Manter um ambiente tranquilo em caso de agitação ou euforia.
- Fazer controle hidroeletrólítico em caso de retenção urinária.
- Observar episódios de hipotensão postural e comunicar o médico responsável.
- Caso ocorra irritação gástrica, administrar o medicamento durante as refeições.

### **MELLERIL (CLORIDRATO DE TIORIDAZINA)**

Indicações: Sintomas variados de distúrbios mentais psicóticos e não psicóticos graves, estes caracterizados por agitação, depressão com agitação e distúrbios do sono.

Contra Indicações: Hipersensibilidade a fenotiazínicos; antecedentes de discrasia sangüínea; estados comatosos ou depressão acentuada do SNC; doença cardiovascular grave; crianças com menos de um ano de idade.

Efeitos Colaterais: Sedação, vertigem, hipertensão ortostática, congestão nasal, xerostomia, distúrbio de acomodação visual, retenção ou incontinência urinária, galactorrêia, irregularidade menstrual, distúrbios de ejaculação, exantema, fotossensibilidade, náuseas, constipação, alterações ponderais, hipertermia e icterícia.

#### Cuidados de enfermagem:

Observar possíveis efeitos colaterais.

Avaliar periodicamente as funções hepáticas, renal e hematológica.

Explicar quanto às irregularidades menstruais, principalmente atraso e quanto aos distúrbios ejaculatórios.

Observar sempre ao administrar o medicamento as cinco certezas (dose certa, cliente certo, medicamento certo, hora certa e via certa).

Estar atento para as contra indicações.

### **BUSPAR (CLORIDRATO DE BUSPIRONA)**

Indicações: Tratamento de distúrbios de ansiedade e no alívio a curto prazo dos sintomas de ansiedade acompanhadas ou não de depressão.

Contra Indicações: Clientes hipersensíveis ao cloridrato de Bupiriona.

Efeitos Colaterais: Tontura, cefaléia, nervosismo, delírio, náusea, excitação, sudorese e pele viscosa. Taquicardia, palpitações, dores no peito. Sonolência, insônia, diminuição da concentração, depressão, confusão, visão turva, congestão nasal, dor de garganta, desconforto abdominal, diarreia, constipação, dores musculoesqueléticas, parestesia, tremor, erupções cutâneas.

#### Cuidados de Enfermagem:

- Estar atento para contra indicação da droga.
- Administrar analgésico nos casos de cefaléia.
- Observar atentamente a via de administração.
- Observar possíveis efeitos colaterais.

### **GARDENAL (Fenobarbital)**

Indicações: é um barbitúrico com propriedades anticonvulsivantes, devido a sua capacidade de elevar o limiar de convulsão .

Contra-indicações: Não deve ser administrado em clientes com hipersensibilidade aos barbitúricos: em portadores de porfíria e em insuficiência respiratória severa, insuficiência hepática ou renal graves.

Efeitos colaterais: A reação mais comum é a sonolência. Mais raramente podem aparecer: reações cutâneas, anemia megaloblástica, dores articulares, osteomalacia, raquitismo, nistagmo, ataxia.

Posologia: Adulto: 2 a 3 mg/kg/dia. As doses devem diminuir gradativamente até o final do tratamento.

### **HIDANTAL (Fenitoína)**

Informações: Hidantal é um anticonvulsivante para o tratamento das crises convulsivas generalizadas e todas as formas de crises parciais epiléticas. Isoladamente é a droga mais eficiente dentre as utilizadas no tratamento das crises convulsivas.

Indicações: Crises convulsivas epiléticas e parciais. Crises convulsivas por tratamento crânio-encefálico e secundárias por neurocirurgia. Tratamento de emergência e prevenção das arritmias ventriculares e supraventriculares decorrentes de cirurgias ou cateterismo ou por intoxicação digitalica. Distúrbios emocionais.

Contra-indicações: Reações intensas ao medicamento.

Efeitos colaterais: Na ausência de superdosagens são raros os efeitos colaterais. Em casos de superdosagem e hipersensibilidade podem surgir erupções cutâneas, inapetência, enjôo, dermatite eritematosa ou de caráter benigno, que desaparecem com o decorrer do tratamento.

Posologia: O efeito da droga depende do estabelecimento de um teor sanguíneo de no mínimo 10 a 15 micro-gramas por mililitro. Por isso a droga requer um ajustamento individual. No caso de comprimido, 2 a 5 comprimidos diários, para pacientes com mais de 30 kg.

### **TEGRETOL (Carbamazepina)**

Indicações: Epilepsia, crises parciais com sintomatologia complexa e simples, epilepsia generalizada primária ou formas de crise, formas mistas de epilepsia, mania e tratamento profilático de doença maniaco - depressiva.

Contra-indicações: Hipersensibilidade à Carbamazepina e bloqueio átrio-ventricular.

Efeitos colaterais: No início pode ocorrer anorexia, secura da boca, náuseas, diarreia ou prisão de ventre, cefaléia, vertigem, sonolência, ataxia, transtornos de acomodação visual e diplopia. Estes efeitos desaparecem entre 7 a 14 dias. Foram registrados reações alérgicas da pele, febre, queda de cabelos, leucopenia e anemia aplástica.

Posologia: No caso de epilepsia, o tratamento é iniciado com baixa dosagem diária, que deve ser lentamente aumentada até que seja alcançado um ótimo resultado. Uma vez obtido o controle adequado das crises, a dosagem deve ser reduzida gradualmente.

### Cuidados de Enfermagem

- Observar cinco certezas: paciente, dose, horário, via de administração e medicamento certos.
- Observar se o paciente está realmente tomando o medicamento.

- Expor para o cliente os possíveis efeitos colaterais e, frente a estes, ajudá-lo a resolver de forma que não interfiram ou provoquem a descontinuidade do tratamento.
- Observar comportamento do cliente.
- Observar eliminações vesical e intestinal.
- Estimular a alimentação.
- Controlar sinais vitais.
- Observar o cliente após a ingestão da droga, a fim de intervir nos casos de algum efeito colateral importante.
- Comunicar o médico diante de qualquer intercorrência.
- Anorexia: insistir e incentivar para que o cliente não deixe de se alimentar.
- Náuseas: administrar antiemético prescrito.
- Diarréia ou prisão de ventre: providenciar dieta adequada.
- Cefaléia: providenciar analgesia (medicação, compressas e exercícios de relaxamento).
- Diplopia, vertigens, sonolência, transtornos visuais: evitar atividades que possam oferecer riscos ao paciente (subir e descer escadas).
- Confusão e agitação: proporcionar ambiente tranqüilo, calmo e repouso.
- Dar atenção ao que o cliente diz.
- No caso de boca seca: oferecer ao cliente líquidos ou uma bala e instruí-lo a respeito.

### **TRYPTANOL (Cloridrato de Amitriptilina)**

Informação técnica: Tryptanol é um potente antidepressivo com propriedades sedativas. Seu mecanismo de ação no homem não é conhecido. Não é inibidor da monoaminoxidase e não age primordialmente por estimulação do SNC. Em amplo uso clínico, verificou-se que Tryptanol tem sido bem tolerado. Tryptanol também tem se mostrado eficaz no tratamento da enurese em alguns casos onde a doença orgânica foi excluída. O modo de ação na enurese não é conhecido. Entretanto Tryptanol possui propriedades anticolinérgicas e os medicamentos deste grupo, como a beladona, tem sido usados no tratamento da enurese.

Farmacologia: A amitriptilina inibe o mecanismo de bomba da membrana, responsável pela recaptação de norepinefrina e serotonina nos neurônios adrenérgicos e serotoninérgicos. Farmacologicamente, esta atividade pode potenciar ou prolongar a atividade simpática, uma vez que a recaptação da norepinefrina é fisiologicamente importante para suprir sua ação transmissora. Alguns acreditam que esta interferência na recaptação da norepinefrina e/ou serotonina é a base da atividade antidepressiva da amitriptilina.

Indicações: Tryptanol é recomendado para o tratamento da depressão e enurese noturna onde a patologia orgânica foi excluída.

Contra-indicações: Não é recomendado para clientes que mostraram prévia sensibilidade à substância e para uso durante a fase de recuperação aguda após infarto de miocárdio e glaucoma de ângulo estreito. Não deve ser administrada simultaneamente com inibidor da monoaminoxidase em simultaneidade.

Efeitos colaterais: Cardiovasculares: hipotensão, síncope, hipertensão, taquicardia, palpitações, infarto do miocárdio, arritmias, bloqueio cardíaco, AVC, alterações não específicas no ECG e alterações na condução AV. SNC e Neuromuscular: estados confusionais, distúrbio de concentração, desorientação, alucinações, excitação, ansiedade, inquietação, sonolência, insônia, pesadelos, torpor, formigamento e parestesias

das extremidades, neuropatia periférica, incoordenação, ataxia, tremores, crises convulsivas, alteração dos traçados EEG, sintomas extrapiramidais incluindo movimentos involuntários anormais e discinesia tardia, disartria e zumbidos. Anticolinérgicos: secura na boca, turvação visual, midríase, distúrbios da acomodação, aumento da pressão intra-ocular, constipação, íleo-paralítico, hiperpirexia, retenção urinária, dilatação do trato urinário. Alérgicos: exantemas, urticária, fotossensibilização, edema da face e da língua. Hematológicos: depressão da medula óssea incluindo agranulocitose, leucopenia, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia. Gastrintestinais: náusea, desconforto epigástrico, vômitos, anorexia, estomatite, alteração do paladar, diarreia, tumefação da parótida, língua negra e raramente, hepatite (inclusive disfunção hepática e icterícia). Endócrinos: no homem: tumefação testicular e ginecomastia. Na mulher: aumento das mamas e galactorrêia, aumento ou diminuição da libido, impotência, elevação ou abaixamento dos níveis de glicemia, síndrome da secreção inapropriada do HAD. Outros: tontura, fraqueza, fadiga, aumento ou perda de peso, edema, aumento da perspiração e da frequência urinária, midríase, sonolência.

#### Cuidados de Enfermagem:

- Verificar pressão arterial e observar sinais de complicações do sistema circulatório.
- Observar nível de consciência.
- Fazer controle de eliminações intestinal e vesical.
- Observar náusea e desconforto gástrico.
- Estimular a alimentação.
- Oferecer pedra de gelo, balas ou pequenos goles de água, no caso de secura na boca.
- Alertar sobre possíveis alterações em glândulas testiculares e mamárias.
- Exames sanguíneos.

#### **2.1.5.1.2 - Abordagem psicossocial**

O paciente esquizofrênico, na fase aguda, pode ter seu tratamento psicossocial feito em regime ambulatorial, hospital – dia ou hospital – noite, dependendo das condições de crise do paciente.

Quando o paciente apresenta delírios e alucinações, este encontra-se muitas vezes angustiado, perplexo e desconfiado, ao que se recomenda como terapia um ambiente estruturado, protegido e com pouca estimulação. Nesta fase aguda, pode-se iniciar um conjunto de atividades de caráter recreativo – ocupacional, bem como grupos de orientação e preparação para alta hospitalar.

Estudos mostram que o tempo de internação hospitalar deve ser o mais breve possível, porque as internações longas não trazem benefícios adicionais ao tratamento, ainda levam à uma tendência do paciente e da família recorrer à internação para resolver conflitos habituais (Herz e Mostert, 1990 apud, Louzã et al, 1995).

O hospital – dia tem sido proposta como alternativa para o tratamento de pacientes na fase aguda, porque permite ao paciente um tratamento intensivo, sem retirá-lo completamente do ambiente familiar.

### **2.1.5.2 - Fase de manutenção**

Esta fase depende do resultado obtido no tratamento da fase aguda e, preferencialmente, deve ser realizada em ambulatorios do tipo CAPS ou NAPS.

#### **2.1.5.2.1 - Tratamento farmacológico**

As metas principais são a profilaxia de recidivas ou novos surtos. Os neurolépticos são fundamentais nesta prevenção, por outro lado a interrupção deste tratamento aumenta o risco de novas recaídas, sendo que o objetivo da maioria dos ambulatorios psiquiátricos é o da não - internação.

Quando o paciente apresenta uma estabilização da sintomatologia, em geral, é feita uma redução gradual da dose da medicação utilizada na fase aguda com acompanhamento da equipe profissional.

Kissling, 1991 apud Louzã et al (1995) afirma que o tratamento medicamentoso para o esquizofrênico deve ser avaliado individualmente, seguindo três recomendações de consenso:

- a) a princípio o tratamento medicamentoso de manutenção está recomendado para todos os pacientes esquizofrênicos.
- b) após o primeiro surto, o tratamento de manutenção deve ser de, no mínimo um a dois anos; para mais de um surto, cinco anos. Após este período, se houver estabilização dos sintomas, pode ser visto a possibilidade de suspensão progressiva.
- c) em uma grande porcentagem de pacientes, as doses iniciais podem ser reduzidas, desde que monitorado por uma equipe.

#### **2.1.5.2.2 - Abordagem Psicossocial**

Hippius e cols, 1989 apud, Louzã et al (1995, p. 133) afirma “Pensar nas abordagens psicossociais de pacientes esquizofrênicos pressupõe ter em mente que se trata de uma doença crônica com severas limitações funcionais. O processo de reabilitação desses pacientes compreende o conjunto de ações que sejam capazes de lhes trazer algum benefício no sentido de propiciar uma melhor integração social, profissional, enfim, uma melhor qualidade de vida dentro dos limites que a doença impõe”.

A combinação de diferentes terapêuticas permite diminuir chances de recaída e integrar o paciente na família e na sociedade.

#### **2.1.5.2.3 - Psicoterapia**

Benedetti, 1987; Gablard, 1992 apud Louzã et al (1995) consideram que os pacientes esquizofrênicos apresentam dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, seja por retraimento emocional ou por prejuízo na deteriorização do ego, seja por uma dificuldade de lidar com conflitos adquiridos precocemente, ainda na relação criança/mãe/pai.

Alguns autores propõem que a psicoterapia de grupo tem um efeito mais favorável do que a individual, pela ênfase no processo de interação social (Malm, 1990 apud Louzã et al, 1995).

Na psicoterapia individual, cabe ao terapeuta orientar o paciente em sua readaptação ao ambiente, procurando refletir sobre suas dificuldades e auxiliando no encontro de soluções.

#### **2.1.5.2.4 - Orientação Familiar**

Atualmente, sabe-se que o trabalho com os familiares do paciente esquizofrênico tem sido importante no que diz respeito à readaptação social.

O diálogo com os familiares a respeito da doença e a troca de informações e experiências permitem uma melhor convivência no ambiente familiar, sem que estes (familiares) exijam do paciente coisas impossíveis devido à sua limitação. Os familiares devem ser incentivados a garantir que o paciente adira ao tratamento medicamentoso, procurando lembrá-lo dos horários da medicação, assim como favorecer a independência e alívio de tensões.

#### **2.1.5.2.5 - Terapia Ocupacional e Laborterapia**

“A terapia ocupacional consiste no desenvolvimento de atividades, principalmente manuais, através das quais o paciente tem possibilidade de expressão utilizando o material com o qual trabalha. Não há uma preocupação imediata com a produtividade, mas a ênfase é dada no momento do contato com a realidade”. (Benetton, 1993; Shirakawa, 1992; Sterzer, 1989 apud Louzã et al, 1995, p. 197).

A laborterapia trata de um trabalho monitorado por um profissional especializado onde se desenvolvem práticas de ocupação que visam a reinserção no mercado de trabalho; avalia-se nessa atividade como o paciente suporta as pressões exigidas na execução do trabalho.

#### **2.1.5.2.6 - Acompanhante Terapêutico**

O acompanhante terapêutico é um profissional qualificado que desenvolve atividades junto ao paciente no seu dia - a - dia, em seu ambiente familiar, auxiliando-o no desenvolvimento das mais diferentes atividades, colaborando no resgate das capacidades perdidas. Não se trata de um “amigo” do paciente e sim um profissional capacitado, cuja atuação se baseia na ação e ajuda o paciente a resolver dificuldades (refletindo juntos sobre elas) favorecendo o desenvolvimento de metas e projetos pessoais dentro dos limites impostos pela doença.

Alguns pacientes esquizofrênicos severamente comprometidos não conseguem se organizar para realizar tarefas, até as mais simples do cotidiano. Neste caso, o acompanhante terapêutico que assume uma postura psicopedagógica, fornece base de segurança para que o paciente possa readquirir confiança em si próprio a ponto de realizar suas tarefas de maneira independente. O acompanhante terapêutico tem sua ação ampliada para o contexto das relações familiares, no que procura abordar os eventuais conflitos e tensões. Com base em (Martin e cols., 1993; Shirakawa, 1992 apud Louzã et al, 1995).

## **2.2 - Enfermagem Psiquiátrica**

A Enfermagem Psiquiátrica requer da enfermeira um desenvolvimento mais completo, uma compreensão especial e um relacionamento terapêutico com seus pacientes porque muitos ainda consideram a doença mental como um fenômeno apavorante e desesperador. As enfermeiras têm que considerar o paciente como seu semelhante, sendo para ele tanto uma pessoa quanto uma enfermeira.

Um aspecto relevante da assistência de enfermagem psiquiátrica é a consistência da abordagem. Para alcançá-la, a enfermeira deve entender suas reações face a cada um dos pacientes. À medida que sua confiança aumenta, ela será capaz de falar com o paciente sobre os sentimentos que ele lhe tenha despertado. Ao observador comum pode parecer que as enfermeiras psiquiátricas pouco ou nada fazem, mas ao realizar qualquer atividade de entretenimento, ela já poderá estar realizando um contato terapêutico com o paciente (Dally/Harrington, 1978).

Para Taylor (1992), a enfermeira deve organizar suas crenças e sentimentos em uma filosofia para que seja útil e sirva de base do desenvolvimento de princípios para a enfermagem psiquiátrica.

As bases do princípio de que a enfermeira enfatiza as qualidades e recursos do paciente e não as suas fraquezas são formadas pela crença de que cada indivíduo tem força e potencial para o crescimento associada com o sentimento e esperança da enfermeira sobre a capacidade de crescimento do cliente.

A crença de que cada indivíduo é único e singular formam a base do princípio de que a enfermeira aceita o paciente como um ser único que tem valor e dignidade exatamente como é.

Ao mesmo tempo que somos seres humanos únicos, somos semelhantes em alguns aspectos, o que fornece uma base para a compreensão e comunicação mútuas. É necessário que a enfermeira tenha empatia pelos sentimentos do cliente, o que serve de base para o princípio de que ela tem potencial pra estabelecer um relacionamento com a maioria dos pacientes.

A crença de que o comportamento é aprendido junto com a preocupação da enfermeira pelo cliente formam a base do princípio de a enfermeira vê o cliente de forma não – crítica, enquanto ajuda-o a aprender adaptações mais efetivas.

## **2.3 - Acontecimentos atuais acerca de Saúde Mental**

Passados cinco anos após a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental, realiza-se em Brasília no período de 01 a 04 de dezembro de 1992 a IIª Conferência Nacional de Saúde de usuários e familiares, Conselhos da área da saúde, Prestadores, Governos e Entidades da Sociedade Mental, onde foi dado seqüência aos temas discutidos na Iª Conferência, que foram: assistência, legislação e cidadania.

Esse processo teve início com a formação organizadora da IIª Conferência e contou com representantes de associações civil.

A IIª Conferência teve como sugestão a participação dos usuários na realização dos trabalhos de grupo nas plenárias, debates e tribunas livres. Esta participação possibilitou uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais,



as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes.

Os primeiros assuntos tratados na IIª Conferência foram rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento das leis, direito à atenção e direito à cidadania.

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços variada e qualificada, utilizando unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão.

A luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos, pelo povo brasileiro por sua cidadania, envolvendo todos as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares. Deve ser estimulada a desinstitucionalização do profissional de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir de uma forma mais humana pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico.

O projeto de Lei Nº 3657 - B de 1989 dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

\* 1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

\* 2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não - manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia e hospital noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extensão dos leitos de característica manicomial.

\* 1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data de aprovação desta lei, para apresentarem as comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

\* 2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

\* 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representadas, voluntariamente os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cargo de sua finalização.

942.492361

Art. 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.

\* 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

\* 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

\* 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódicas dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestros ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 (Conselho Regional de Psicologia, 1997).

### 3 - MARCO CONCEITUAL

#### 3.1 - Referencial teórico baseado em Joyce Travelbee (1979)

**N**a elaboração do marco conceitual utilizamos como “ponto de partida” a teoria da relação pessoa-a-pessoa de Travelbee que diz que a Enfermagem Psiquiátrica se constitui num processo interpessoal que se ocupa de pessoas. Estas pessoas podem ser pacientes, famílias ou grupos que necessitam da ajuda que o enfermeiro pode oferecer promovendo a Saúde Mental, prevenindo ou auxiliando no enfrentamento da experiência da enfermidade e o sofrimento mental e, se necessário, contribuindo para descobrir um sentido a estas experiências. O enfermeiro, como pessoa possuidora de conhecimentos é um facilitador, interessado em ajudar a outros e ajudar-se a si mesmo na prevenção da enfermidade, na promoção da saúde, no enfrentamento às pressões impostas pela enfermidade e o sofrimento.

O conceito de enfermidade mental é provavelmente um juízo de valor, mais de acordo com uma análise psicológica do que para uma rígida definição científica. Fundamentalmente depende do conceito que se tenha da natureza do homem. Os juízos de valor referentes à saúde mental estão determinados amiúde por normas culturais, regras ou conceitos de comportamentos “apropriados” dentro de uma dada sociedade em uma determinada época.

Para promover a saúde mental deve-se considerar como premissas básicas que a saúde mental não constitui-se somente em “algo que a pessoa possui”, senão, “algo que a pessoa é”, como demonstram certos comportamentos e atitudes:

- Atitude para amar: a capacidade de amar-se a si mesmo precede a capacidade para amar os outros, e, nesse caso o termo “amor” é usado no seu sentido mais amplo, ou seja, o oposto a indiferença. A capacidade para transcender-se consiste basicamente em ser capaz de ir além de si mesmo para alcançar a outros seres humanos; é a capacidade de preocupar-se desinteressadamente pelos outros, simplesmente porque é um ser humano capaz de identificar-se e compadecer-se de outros. O amor não é algo que ocorre simplesmente; se desenvolve, se nutre e se permite crescer.
- Capacidade para enfrentar a realidade: as funções da enfermeira neste campo é ajudar as pessoas a identificar problemas e enfrentá-los de forma realista, reconhecer seu papel nas experiências e encontrar soluções práticas aos problemas da vida. A enfermeira ajuda as pessoas a compreender que, como seres humanos, são vulneráveis a todas as experiências e limitações de sua conduta humana. Somente enfrentando as situações de crises de nossa condição humana é que teremos a oportunidade de crescer e desenvolver-nos como autênticos seres humanos.
- Capacidade para descobrir um propósito ou sentido na vida: ser capaz de identificar-se como pessoa, como ser humano único, é algo que precede a tarefa de encontrar um

propósito ou sentido para a vida. Os seres humanos necessitam de uma direção e um propósito para viver; não para simplesmente existir. Se acredita que a necessidade de encontrar um sentido para a vida se constitui uma necessidade tão básica como o são as necessidades fisiológicas de comer e beber. A função da enfermeira é ajudar as pessoas a desenvolver uma filosofia de vida que tenha sentido e propósito e que as sustente em momentos de pressão e sofrimento.

A capacidade para ajudar aos indivíduos, famílias ou a comunidade a prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade mental e o sofrimento, depende da definição da natureza da enfermidade mental que se adota, o que se pode observar são várias manifestações de conduta que podem ou não classificar-se como aberrantes.

As perturbações mentais podem se dividir em dois grandes grupos:

O primeiro inclui as perturbações que se crêem determinadas principalmente por fatores orgânicos (por exemplo, as síndromes cerebrais agudas e crônicas associadas com infecções, traumas, etc.).

O segundo grupo inclui as perturbações e desordens funcionais tais como os transtornos afetivos, a esquizofrenia e as psiconeuroses. O tipo específico de enfermidade mental que se crê que um indivíduo tem, constitui-se o título de um diagnóstico. O título de um diagnóstico ou uma etiologia, no entanto, não exploram suficientemente o alcance do problema da enfermidade mental.

E, aqui volta-se a questionar o que é enfermidade mental? São claramente juízos de valor que evoluem e mudam constantemente de uma cultura para outra e de um período histórico para outro, portanto devemos ter em mente outros pontos de vista.

A enfermidade mental pode ser considerada como a expressão de um estilo ou forma de vida, ou, como uma forma de enfrentar-se ou adaptar-se à pressão. Pode ser considerada (culturalmente) como uma forma enferma de relacionar-se com os outros. Em certo sentido, a enfermidade mental tem um propósito, pode proporcionar alguns elementos de segurança e comodidade. Possivelmente se adota a enfermidade mental como forma de vida quando não existem outras alternativas nem outras vias de expressão ou escape. A enfermidade mental também pode ser vista como um último recurso, uma derradeira adaptação ou técnica de sobrevivência. A enfermidade mental pode ser considerada (culturalmente) como uma solução irracional a uma situação vital insolúvel.

Existem outras utilidades na enfermidade mental que são consideradas secundárias e mais difíceis de compreender, como poder delegar sua responsabilidade sobre a sua vida (enfermo mental) para os outros. Se a pessoa está hospitalizada, o interesse pode advir de ser alimentado, vestido, protegido e cuidado.

A relação pessoa - a - pessoa é o princípio básico para a boa e universal interação com o paciente, seja ele qual for. No caso do paciente psiquiátrico também deve ocorrer essa relação, seguindo os conceitos básicos de Travelbee (1979):

- Compromisso Emocional: a enfermeira precisa comprometer-se emocionalmente se aspira estabelecer uma relação com o paciente. É a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa sem que este interesse nos inabilite.

- Aceitação: sugere aceitar o paciente tal como ele é. A aceitação pode dar-se de forma automática ou não. Quando não constitui um processo automático, é uma meta a ser alcançada.

- Atitude não Julgadora: significa não formular juízos morais sobre o paciente ou culpá-lo por seu comportamento ou seja, a enfermeira como qualquer ser humano não está

isenta de formular juízos, mas deve ela cuidar para que esses juízos não interfiram na relação com o paciente e no processo terapêutico.

- Objetividade: capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo prejuízos derivados de sentimentos pessoais.

A relação pessoa - a - pessoa, constitui-se uma meta a ser alcançada. É o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: enfermeiro e paciente. É também uma série de experiências para os participantes, durante as quais, ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais.

Para Travelbee (1979) uma relação é mais do que falar somente com uma pessoa enferma por um período determinado a cada dia. Um certo número de interações acumuladas não constitui necessariamente uma relação. Uma característica da relação é que ambos, trocam e modificam seu comportamento. Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único.

O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação pessoa a pessoa, constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho.

Como resultado da relação, a pessoa enferma amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas, aprende a ser menos estranha à comunidade e deriva prazer em comunicar-se e socializar-se com seus semelhantes.

A interação ocorre durante um período particular da vida de ambos, paciente e enfermeira, e portanto, não pode ser repetida ou imitada, assim cada encontro é único e original.

A enfermeira aumenta sua habilidade para abordar e enfrentar situações reais e para ajustar-se a suas próprias expectativas e a dos demais. Aprende novas formas de ajudar os enfermos a orientar-se para uma participação significativa em sua comunidade.

A relação pessoa a pessoa, serve como instrumento necessário para abordagem com o paciente, através da visão deste como um ser humano e não como designação de uma enfermidade.

A relação pessoa a pessoa é um conceito novo, criado por enfermeiros psiquiátricos e está sendo analisada esta nova sistemática. Como marco geral se analisará as premissas da relação pessoa a pessoa. Há seis premissas básicas na relação pessoa a pessoa:

- Estabelecimento, manutenção e término da relação de pessoa a pessoa constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática de enfermagem: somente as enfermeiras estão capacitadas para decidir os propósitos, papéis, atividades e funções das enfermeiras.

- Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único: somente a enfermeira e um paciente podem estabelecer uma relação se percebendo um ao outro como seres humanos.

- Só as enfermeiras qualificadas estão preparadas para supervisionar outras enfermeiras na prática da enfermagem psiquiátrica: a enfermeira que está começando no campo necessita de uma supervisora para guiar e orientá-la quanto à relação pessoa a pessoa.

A experiência de aprendizagem mais importante que o curso de enfermagem proporciona é de oferecer ao estudante a oportunidade de estabelecer, manter e terminar a relação pessoa a pessoa.

- As enfermeiras necessitam saber usar a biblioteca e encontrar as obras relacionadas com a informação desejada.

O conhecimento, a compreensão e habilidades requeridas para planificar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação pessoa a pessoa constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalhar em grupo: a capacidade desenvolvida de aprender a estabelecer, manter e terminar a relação pessoa a pessoa pode ser facilmente transferida e aplicada em trabalho em grupo, é mais difícil transferir o conhecimento e habilidades necessárias para trabalhar em grupo a relação pessoa a pessoa.

Definição do termo relação pessoa – a – pessoa: é o resultado final de uma série de interações entre enfermeira/paciente, também com experiências para os participantes onde se desenvolve a capacidade de estabelecer relações interpessoais e modificar seus comportamentos.

A enfermeira cresce como ser humano, amplia sua capacidade de enfrentar a realidade, aprende a ajudar o enfermo a se orientar na comunidade, desenvolve habilidades de controlar e modificar seu comportamento, reconhece suas limitações e falhas, aprende a respeitar e a apreciar a individualidade e singularidade do paciente.

Objetivos da enfermeira:

- A enfermeira ajuda a pessoa enferma a enfrentar-se com os problemas presentes. A enfermeira tem por objetivo ajudar o paciente a conceituar seu problema atual. A história do paciente se torna útil a medida que a enfermeira aprende a estruturar sua intervenção, ampliando a visão do problema atual.
- A enfermeira ajuda a pessoa enferma a conceitualizar seus problemas: ajuda o enfermo a identificar o problema como ele mesmo percebe-o, a partir de informações que o paciente proporciona durante a interação enfermeira/paciente. A enfermeira escuta o paciente e formula perguntas diretas para obter informação completa do problema como ele percebe e investiga, não limitando-se somente na definição do problema pelo paciente.
- A enfermeira ajuda o enfermo a perceber sua participação em uma experiência: a enfermeira ajuda o paciente a ver-se como um participante ativo na conversa, fazendo com que o mesmo se identifique e reconheça a participação. Também começa a perceber o seu comportamento e o comportamento das pessoas que o rodeiam.
- A enfermeira ajuda o enfermo a enfrentar de forma realista os problemas emergentes: no início os problemas são superficiais, a medida que a interação progride e com a percepção do paciente como participante na conversa os problemas se tornam mais profundos.
- A enfermeira ajuda o enfermo a discernir alternativas: pacientes recorrem à medidas estereotipadas para resolver seus problemas, enfermeira ajuda a relacionar opções para resolução dos problemas.
- A enfermeira ajuda o enfermo a tentar novos tipos de comportamento: conversando se ajuda o paciente a interagir com outros pacientes, ajuda o paciente interagindo com ele, propondo um plano, avaliando alternativas para novo comportamento para que o mesmo tenha confiança em si mesmo.
- A enfermeira ajuda o enfermo a se comunicar: pela dificuldade que os pacientes apresentam de expressar seus sentimentos e pensamentos com os demais, a enfermeira o ajuda a se comunicar com os outros e ter consciência do que comunica.
- A enfermeira ajuda o enfermo a socializar-se: socializar-se é necessário e recíproco e que se socializa sente prazer em interagir com os outros e presta atenção nas necessidades dos outros.

- A enfermeira ajuda o enfermo a encontrar um sentido para sua enfermidade, o objetivo de ajudar se baseia em suposições: que o enfermo busca uma razão para suportar a enfermidade e que a enfermidade é um sofrimento e que o paciente busque algum sentido para este sofrimento, ajudando-o a crescer como ser humano. Alguns pacientes usam o sentimento de culpa ou culpam alguém pelo seu estado, a enfermeira ajuda a discernir os problemas e encontrar fundamentação para o verdadeiro sentido da enfermidade.

### 3.1.1 - Processo de Enfermagem Psiquiátrica segundo Travelbee

Para que se efetive as funções da enfermagem psiquiátrica, a enfermeira participa de um processo interpessoal que evolui por etapas (separadas apenas didaticamente):

- *Observação*: A observação é importante porque constitui a primeira etapa que conduz a ação da enfermeira. A partir da observação, a enfermeira desenvolve interpretações e decide se atua ou não, de acordo com as interpretações do que ocorreu na situação enfermeira/cliente. Não é possível planejar, estruturar, realizar e avaliar ações de enfermagem sem ser um observador hábil, tampouco é possível acontecer alguma relação construtiva.

- *Interpretação*: A interpretação consiste na explicação da informação empírica, tentando situar o que foi observado dentro de um conjunto significativo. É possível tirar várias conclusões sobre o significado das informações, sendo que as interpretações podem classificar-se desde uma opinião sem fundamento a uma hipótese provisória de trabalho, relacionada com um corpo de teoria.

- *Tomada de decisões e ações da enfermeira*: Ao tomar decisões, a enfermeira observa, desenvolve interpretações acerca do significado da informação, trata de comprovar as conclusões e logo decide que linha de ação seguir, como dedução de suas análises críticas. As conclusões e interpretações requerem discernimento e as decisões se adotam aplicando corretamente as análises críticas em qualquer situação encontrada. Uma decisão constitui um juízo emitido sobre as formas de resolver um problema e comprovar uma hipótese. Os juízos formulados tem relação direta com a atenção da enfermeira e estão, portanto, dentro dos limites da definição legal da prática da enfermeira. As decisões são indicadores de ações propostas de ações diretivas. As ações da enfermeira põe em prática as decisões tomadas, sendo que estas requerem métodos, técnicas e formas de intervenções.

- *Evolução das ações de enfermagem*: A evolução das ações de enfermagem é o processo de julgar, apreciar e estimar ou valorizar a qualidade e eficácia da intervenção.

### 3.2 - Conceitos utilizados neste relatório

Além da teoria citada acima, utilizamos os conceitos do marco conceitual da Policlínica que está em fase de construção. A construção deste marco foi iniciada em 1996, pelas enfermeiras da instituição e por duas enfermeiras do Departamento de Enfermagem da UFSC, que tinham como propósito construir um referencial teórico de assistência para a Policlínica. Na elaboração utilizaram vários autores como referência básica e formularam

os conceitos para nortear e desenvolver a prática assistencial. Adotamos os conceitos que achamos adequados para a elaboração do nosso projeto. Além destes incluímos outros conceitos que se fizeram necessários para direcionar o nosso trabalho.

**ENFERMAGEM:** É uma profissão da área da saúde com um corpo de conhecimentos próprios, centrados nas ciências humanas e biológicas que, através do cuidado de forma participativa, visa o desenvolvimento dos potenciais do ser humano (indivíduo, família e comunidade) e a superação das limitações, na promoção, proteção e recuperação da saúde (Maia, 1996).

**ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA:** Segundo Travelbee (1979) a enfermagem psiquiátrica se define como um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira profissional ajuda uma pessoa, uma família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental, e, se necessário contribuir para descobrir um sentido à essas experiências.

**ENFERMEIRO:** É um profissional da saúde, com formação universitária, comprometido com as necessidades de saúde da população, desenvolvendo o cuidado de enfermagem, tendo por base os conhecimentos técnico – científicos e os princípios éticos da profissão (Maia, 1996).

**PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL:** “Significa um médico, psicólogo, clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência de saúde mental”. (Declaração da ONU 17/12/91).

**SER HUMANO:** É um ser pensante com potencial para desenvolver a consciência crítica e sua atividade. Por consciência crítica compreendemos o indivíduo que faz escolhas, toma decisões no processo de viver com saúde. Ser participante é a capacidade de ser sujeito de seu processo de cuidado. Para Souza (1986), “participação é o próprio processo de criação do homem ao pensar e agir sobre os desafios da natureza e sobre os desafios sociais nos quais ele próprio está situado”. Ainda entendemos que participação é um processo de vir a ser e tornar-se. O ser humano é cultural quando tem valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidas, compartilhadas e transmitidas por um grupo específico que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo (Leininger, 1985). A capacidade de cuidar de si mesmo e dos outros é compreendida como um comportamento resultante de experiências sociais e cognitivas apreendidas através das relações interpessoais, da comunicação e da cultura (Orem, 1980). (Maia, 1996).

**SOCIEDADE:** É o produto das relações dos seres humanos entre si e destes com o meio ambiente. Determinada histórica e culturalmente, regida por normas e leis resultantes do processo de construção no exercício de sua cidadania. Demo (1988), identifica a cidadania como a “qualidade social de uma sociedade organizada, sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos”. Marshall (1967) salienta que “cidadania é algo a ser conquistado, e que faz parte de um processo social visando a aplicação dos direitos individuais e coletivos” (Maia, 1996).



**CIDADANIA:** É a consciência que todo ser humano possui em relação aos seus direitos e deveres e participação em todas as questões da sociedade. Em tudo que acontece no mundo, seja no seu país, na sua cidade ou no seu bairro e principalmente nas decisões que interferem em sua vida. O indivíduo com uma consciência forte de cidadania não abre mão do seu poder de participação (Souza, 1994).

**SAÚDE/DOENÇA:** É a relação dinâmica de equilíbrio/desequilíbrio do ser humano em suas dimensões biopsicossociais, espirituais e culturais que refletem em sua capacidade/incapacidade para realizar atividades cotidianas. Consideramos a saúde um direito de cidadania que deve ser conquistado. Conforme Horta (1979), “estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. Os desequilíbrios geram no homem, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou não que o levam a buscar satisfação. Quando não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, que, quando prolongado é causa de doença” (Maia, 1996).

**ENFERMIDADE MENTAL:** É provavelmente um juízo de valor, mais de acordo com uma análise psicológica do que para uma rígida definição científica. Fundamentalmente depende do conceito que se tenha da natureza do homem. Os juízos de valor referentes à saúde mental estão determinados amiúde por normas culturais, regras ou conceitos de comportamentos “apropriados” dentro de uma dada sociedade em uma determinada época (Travelbee, 1979).

**FAMÍLIA:** É a unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura a nível sócio-econômico, tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escolas, centros de saúde) em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver como grupo (GAPEFAM, 1995, apud Maia, 1996).

**VISITA DOMICILIAR:** Verdi (1996) coloca que a visita domiciliar constitui um dos métodos mais eficientes utilizados pela Enfermagem desde há muito tempo para proporcionar a assistência à família. Muito já se tem escrito acerca da importância da abordagem familiar para a assistência à saúde salientando-se que o ambiente familiar, quer sobre os aspectos físicos, quer sobre os aspectos de relacionamento afetivo/social, se constitui no conjunto das mais poderosas forças que influenciam a promoção, a proteção e recuperação da saúde dos indivíduos.

**CLIENTE PSICÓTICO:** É o usuário dos serviços psiquiátricos que por razões biológicas, psicológicas ou sociais, apresenta sofrimento psíquico manifestado através de modificações de comportamento (acadêmicas e orientador).

## 4 - OBJETIVOS

### 4.1 - OBJETIVO GERAL

❖ **P**restar assistência de Enfermagem ao cliente psicótico e familiares a nível ambulatorial e/ou domiciliar na busca do resgate da sua cidadania, reintegrando-o no seu contexto.

#### 4.1.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos específicos	Estratégias	Avaliação
1.1.1 - Ampliar os conhecimentos técnico – científicos na área de Psiquiatria/Saúde Mental.	<p>A estratégia para este objetivo consiste em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar leituras a respeito do assunto (psicoses, relacionamento Terapêutico em Psiquiatria).</li> <li>• Consultar orientador e supervisor e outros profissionais da área acerca do tema a ser desenvolvido;</li> <li>• Vivência diária e troca de experiência com os clientes e/ou familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraremos alcançado este objetivo quando estivermos aptas para responder as dúvidas dos clientes e familiares e possuímos a capacidade de coordenarmos oficinas, realizarmos consultas de Enfermagem, triagens e dominarmos conhecimentos teóricos e terapêuticos.</li> </ul>
1.1.2 – Assistir o cliente psicótico dentro do Referencial Teórico de Travelbee	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Enfermagem</li> <li>• Oficinas</li> <li>• Visita Domiciliar</li> <li>• Grupo Terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O objetivo será alcançado quando cada acadêmica realizar 5 (cinco) consultas de enfermagem, 1 (uma) oficina e 3 (três) visitas domiciliares.</li> </ul>

1.1.3 – Construir um instrumento para a aplicação do processo de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudar detalhadamente o referencial teórico de Travelbee.</li> <li>• Discutir e avaliar com o orientador e supervisora questões referentes ao processo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando o instrumento estiver construído e pronto para aplicação este objetivo será alcançado.</li> </ul>
1.1.4 – Realizar triagens utilizando um instrumento específico existente no CAPS mais itens desenvolvidos pelas autoras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendar as consultas no momento da triagem.</li> <li>• Utilizar como forma de registro o instrumento construído com base no referencial de Travelbee</li> </ul>	Consideraremos alcançado este objetivo quando realizarmos o número mínimo proposto pela estratégia.
1.1.5 – Realizar a Consulta de Enfermagem aplicando o processo proposto por Travelbee.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As acadêmicas acompanharão 3 (três) triagens (cada uma).</li> <li>• Após o acompanhamento cada acadêmica realiza 5 (cinco) triagens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O objetivo será alcançado quando cada acadêmica realizar no mínimo 5 (cinco) consultas de enfermagem.</li> </ul>
1.1.6 – Traçar o perfil sócio- econômico dos usuários do serviço do CAPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer levantamento de dados nos momentos de triagens e consultas de Enfermagem utilizando o instrumento existente no programa e outro específico elaborado pelas autoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O objetivo será alcançado quando tivermos amostra de 15 (quinze) clientes para caracterização da situação sócio – econômica.</li> </ul>
1.1.7 – Levantar a etiologia da doença mental sob a ótica do cliente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos momentos de triagem, consultas de enfermagem e grupos Terapêuticos através do instrumento específico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O objetivo será alcançado quando tivermos informações sobre a etiologia segundo a ótica do cliente.</li> </ul>
1.1.8 – Promover o resgate da cidadania do cliente psicótico de forma a conscientizá-lo do seu papel de cidadão dentro da sociedade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Através de oficinas, Terapia de grupo e/ou individual, consultas e triagens, enfocando temas referentes às questões políticas, sociais e outros assuntos que emergirem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este objetivo será alcançado quando cada acadêmica coordenar 1 (uma) oficina, realizar 5 (cinco) consultas e triagens, acompanhar 3 (três) terapias de grupo.</li> </ul>

1.1.9 – Trabalhar a relação cliente/família-res/sociedade dentro do programa e no seu ambiente social, cultural e econômico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visitas domiciliares, dando prioridade aos clientes mais necessitados.</li> <li>• Incentivar a participação de familiares nas oficinas e promovidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este objetivo será considerado alcançado quando cada acadêmica realizar 3 (três) visitas domiciliares e quando notarmos a participação dos familiares.</li> </ul>
1.1.10 – Visitar os programas de outros locais de reintegração do cliente psiquiátrico (com especial atenção aos psicóticos) à sociedade, identificando as suas dificuldades/facilidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar verbas para deslocamento do grupo a fim de visitar programas alternativos de assistência e reintegração do cliente psiquiátrico à família e/ou sociedade, sendo eles: Florianópolis- SC: NAPS; São José – SC: ISJ; Santos – SP e/ou Porto Alegre - RS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O alcance deste objetivo ocorrerá quando forem feitas as visitas programadas.</li> </ul>

## 5 - METODOLOGIA

### 5.1 - CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio foi desenvolvido no CAPS, no Programa de Psicóticos, dentro da Policlínica de Referência Regional, que se situa à rua Esteves Júnior, 390 no Centro de Florianópolis, sendo uma instituição de Direito Público subordinada diretamente à secretaria Estadual de Saúde (SES), fundada a partir do SUS, pela incorporação do prédio do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ao Estado, cujas atividades iniciaram em novembro de 1989. O CAPS é um ambulatório especializado em Saúde Mental da rede pública, servindo de referência para a região de Florianópolis (21 municípios) e tem por finalidade prestar assistência secundária a uma clientela constituída de pessoas que apresentam transtornos psíquicos e por outros a ela vinculados.

O Programa de Pacientes Psicóticos tem como objetivo manter o paciente em tratamento extrahospitalar vinculado à família com perspectivas de retomada das atividades de vida diária, vida prática e interativa sociais. Com acompanhamento sistemático tenta evitar-se o surto psicótico e a internação, fazendo com que o paciente reconheça a aproximação de uma crise e assim, participando do tratamento. Para isso, faz-se uso de recursos clínicos e medicamentosos, além de grupos individuais, grupos de Terapia ocupacional e de Enfermagem e atendimento psicológico. Favorece-se um intercâmbio entre o mundo externo e interno para o paciente que apresenta falhas no seu contato com a realidade, da qual procura se desviar, a fim de trazê-lo ao mundo real, ampliar seus vínculos e exercitar o contato interpessoal em ambiente protegido. São atendidos pacientes egressos do IPQ, Instituto São José (ISJ), demanda espontânea, passando por triagens realizadas pela enfermeira e terapeuta ocupacional, sendo agendados para o psiquiatra e encaminhados a outros atendimentos (TO, psicóloga) conforme a necessidade. Os pacientes do programa não têm perspectiva de alta, tendo necessidade de acompanhamento permanente.

O programa conta hoje com os seguintes atendimentos: grupos de Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional individual, grupo de orientação terapêutica e clínica com a enfermeira, acompanhamento psicológico para família e ou psicoterapia individual, abordagem corporal e consciência corporal com terapia ocupacional e consulta médica psiquiátrica. Sendo assim, o cliente é sempre atendido por mais de um profissional do programa.

A população alvo constitui – se de clientes psicóticos egressos de hospitais e demanda espontânea, ou seja, participantes do programa do CAPS do município de Florianópolis.

O perfil da clientela em geral é de pessoas de baixo nível sócio – econômico e cultural, semi - qualificado para o trabalho e carentes sob diversos aspectos.

Atualmente o Programa conta com uma equipe de técnicos formados por: 3 (três) médicos psiquiatras, sendo que dois atuam 1 (uma) vez por semana; 1 (uma) terapeuta ocupacional, 2 (duas) psicólogas, 1 (uma) enfermeira (com redução de carga horária), 1 (uma) assistente social, 1 (um) auxiliar administrativo e 1 (um) técnico em atividades administrativas.

No que se refere à estrutura física, o CAPS dispõe de: 1 (uma) sala de espera, Balcão, onde ocorre o primeiro atendimento pela agente administrativa que fará os encaminhamentos; 1(uma) sala de enfermagem; 1 (uma) sala de Terapia Ocupacional; 3 (três) consultórios (psicólogas, assistente social, médicos); 1 (uma) sala de administração, onde ficam os prontuários e materiais administrativos(impressos); 1 (uma) sala de refeição para os funcionários; 1 (um) banheiro para funcionários, 1 (um) banheiro para os pacientes; 3 (três) salas de terapia de grupos. Há um projeto em andamento para a construção de uma oficina terapêutica.

## 5.2 – PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
1) Ampliar os conhecimentos técnico – científicos na área de Psiquiatria/ Saúde mental.	* Estudo * Leitura * Discussão * Vivência	* Realizar leituras a respeito do assunto (psicoses funcionais, esquizofrenia, relacionamento terapêutico); * Consultar e discutir com orientador e supervisor temas acerca da área; * Vivência diária e troca de experiência com os clientes e/ou familiares.	Durante todo o estágio	CILANE NOÉLIA SIMONE	Literatura orientador supervisora outros profissionais do CAPS clientes e familiares

OBJETIVOS	ATIVIDADE	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
2) Assistir o cliente psicótico dentro do Referencial Teórico de Travelbee	* Consulta de Enfermagem	- Agendar na ocasião da triagem. - Executar. - Aplicar o processo de enfermagem. - Registrar. - Avaliar.	Durante o período de estágio.	CILANE  NOÉLIA  SIMONE	Instrumento construído pelas acadêmicas para a aplicação do processo Cliente Familiar Sala própria para consulta de Enfermagem Agenda da triagem.
	* Oficina	Selecionar os clientes de acordo com sua disponibilidade. Marcar o horário. Coordenar. Participar. Observar. Fazer registros.	Durante o período de estágio no turno matutino.	CILANE  NOÉLIA  SIMONE	Sala. Clientes. Material didático(lápis, revistas, cola). Acadêmicas. Famíliares (quando possível). Supervisora Lanche.
	* Visita Domiciliar	Agendar conforme necessidade e aceitação. Realizar a visita. Fazer registros.	Livre Manhã ou Tarde.	CILANE  NOÉLIA  SIMONE	Transporte. Mapa/endereço Cliente e familiar.
	• Grupo Terapêutico	Acompanhar. Observar. Participar. Registrar.	2, 4 e 6 feira	CILANE  NOÉLIA  SIMONE	Cliente/familiar Sala. Acadêmicas. Supervisora. Psiquiatra

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
3) Construir um instrumento para a aplicação do processo de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estudo.</li> <li>* Leitura.</li> <li>* Discussão</li> <li>* Construção</li> <li>* Aplicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estudar detalhadamente o referencial teórico de Travelbee e com base neste, construir um instrumento para aplicação do processo de Enfermagem.</li> <li>* Discutir e avaliar com o orientador e supervisora questões referentes ao processo.</li> <li>* Aplicar o instrumento.</li> </ul>	31/03 a 02/04	CILANE  NOÉLIA  SIMONE	Supervisora Orientador Literatura Cliente Acadêmicas



OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
4) Realizar triagens	* Triagens.	* Cada acadêmica acompanha 3 triagens, sendo que após realiza 5 utilizando o instrumento específico do CAPS mais o Boletim de Dados.	Durante o estágio.	CILANE NOÉLIA SIMONE	Instrumento do CAPS mais o Boletim de Dados Acadêmicas Cliente Supervisora Terapeuta Ocupacional e Familiar

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
5) Realizar a Consulta de Enfermagem aplicando o processo proposto por Travelbee.	* Consultas	* Agendando consultas e utilizando o instrumento construído com base no referencial de Travelbee para registro.	Durante o período de estágio.	CILANE NOÉLIA SIMONE	Cliente. Acadêmicas. Sala. Papel. Caneta. Familiar (se quiser acompanhar)

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
6) Traçar o perfil sócio-econômico dos usuários do serviço do CAPS.	* Triagens	* Fazer levantamento dos dados nos momentos das triagens anotando no Boletim de dados.	Durante o período de estágio.	CILANE NOÉLIA SIMONE	Cliente Acadêmicas Sala. Papel Caneta Familiar (se quiser participar) Instrumento construído pelas autoras

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
7) Levantar a etiologia da doença mental sob a ótica do cliente	* Triagens	* Fazer levantamento dos dados nos momentos das triagens anotando no Boletim de dados.	Durante o período de estágio	CILANE NOÉLIA SIMONE	Cliente Acadêmicas Sala. Papel. Caneta. Familiar ( se quiser participar) Instrumento construído pelas autoras

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
8) Promover o resgate da cidadania do cliente psicótico.	* Oficina * Consultas * Triagens * Passeio**  **Não estava planejado	* Na oficina e consultas enfocar temas referentes às questões políticas, sociais e outros assuntos que emergirem de forma a conscientizar o cliente do seu papel de cidadão dentro da sociedade.	Durante o estágio.	CILANE NOÉLIA SIMONE	Material didático. Sala. Supervisora. Cliente. Familiar. Acadêmicas.

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
9) Trabalhar a relação cliente/família e sociedade dentro do programa e no seu contexto.	* Visitas domiciliares	Dar prioridade aos mais necessitados e respeitar a aceitação destes. Agendar a visita. Realizar a visita. Fazer registro. Incentivar a participação dos familiares nas oficinas promovidas.	Durante o período de estágio. Horário livre	CILANE  NOÉLIA  SIMONE	Clientes Acadêmicas Supervisora Família Endereço Sala Transporte

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMO FAZER	QUANDO	RESPONSÁVEL	RECURSOS
10) Visitar os programas de outros locais de reintegração do cliente psiquiátrico (com especial atenção aos psicóticos) à sociedade, identificando as suas dificuldades/facilidades.	* Visita aos locais Programados	* ISJ e NAPS: - Entrar em contato e marcar a visita.  * Santos - SP e/ou Porto Alegre - RS: enviar ofício à Reitoria da UFSC solicitando liberação de verbas para a visita.	Durante o estágio.	CILANE NOÉLIA SIMONE DOROTÉA (Supervisora) JONAS (Orientador)	NAPS e ISJ: Agendamento da data. Recursos financeiros das acadêmicas. Transporte.  Santos e Porto Alegre: liberação de verbas pela UFSC para as despesas (viagem e estadia).



## 6 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 - OBJETIVO 1

- **A**mpliar os conhecimentos técnico - científicos na área de Psiquiatria/Saúde Mental.

Estratégias:

- Consultar orientador, supervisora e outros profissionais da área acerca do tema a ser desenvolvido.

Durante o estágio, à medida que foram surgindo dúvidas, como por exemplo, os sinais e sintomas apresentados, medidas a serem tomadas e qual o tipo de encaminhamento a ser dado para casos específicos. Foram feitas discussões com a supervisora e orientador acerca de efeitos colaterais de medicamentos, formas de orientar o cliente e familiares sobre seus efeitos.

- Vivência diária e troca de experiência com os clientes e/ou família.

As vivências diárias foram experienciadas desde o primeiro dia de estágio, a partir do momento da chegada do cliente no CAPS até sua saída após triagem, consulta, oficina e grupo terapêutico, incluindo as visitas domiciliares, que foram momentos de grande troca de experiência.

Esta vivência nos possibilitou um entendimento de que o cliente tem um prognóstico melhor relacionado à qualidade de vida, sendo que percebemos que o cliente, na maioria das vezes, é um ser capaz de interagir com racionalidade e lógica durante uma conversação; diferentemente da situação vivenciada num hospital psiquiátrico, onde o cliente, talvez por uso de medicação excessiva ou pelo próprio ambiente é levado a ter outros tipos de comportamentos, muitas vezes, difíceis de serem trabalhados.

Ao trabalharmos com os familiares do cliente, percebemos o quanto é importante os profissionais de Saúde Mental terem conhecimento suficiente para lidarem com os conflitos que surgem, as angústias no momento da crise do cliente, o sentimento de culpa por sentirem-se impotentes frente às situações.

Durante uma situação de internação, temos o seguinte depoimento, onde fica evidente o sentimento de culpa do familiar, Mãe (A. 50 anos) do cliente:

*Eu não queria isso (internação) para o meu filho, mas eu não sei mais o que fazer; sei que aí no hospital eles vão tratar bem dele. Chorando: Eu preferia que essa doença fosse dar em mim do que no meu filho.*

**AVALIAÇÃO DO OBJETIVO:** Consideramos o objetivo exposto alcançado, pois todas as estratégias utilizadas colaboraram e deram resultados positivos em relação à ampliação dos conhecimentos na área de Saúde Mental, pois conseguimos interagir positivamente com o cliente e familiares estabelecendo uma relação de confiança, assim como também coordenamos uma oficina e realizamos as demais ações previstas pelo projeto, que serão relatadas conforme seus objetivos.

## 6.2 - OBJETIVO 2

- **Assistir o cliente psicótico dentro do referencial teórico de Travelbee.**

### Estratégias

- Consulta de Enfermagem

As consultas de enfermagem foram agendadas a partir das triagens de acordo com a aceitação e disponibilidade do cliente. Estas consultas foram registradas num instrumento construído pelas acadêmicas, seguindo as etapas do referencial de Travelbee.

Assistir o cliente/família em saúde mental para Travelbee (1979), é ajudar direta ou indiretamente. A enfermeira, como pessoa com conhecimentos, é uma facilitadora interessada em ajudar aos outros e a si mesma (na prevenção da enfermidade e na promoção da saúde) e ajudar aqueles que são incapazes de ajudar-se a si mesmo, como por exemplo, ajudar o incapacitado a enfrentar-se com a pressão imposta pela enfermidade e seu sofrimento.

De acordo com a experiência vivida durante as consultas, percebemos como a enfermeira assiste o cliente ajudando-o a enfrentar-se a si mesmo e a sua realidade, de acordo com as suas limitações.

Muitas vezes, a assistência de enfermagem tem como principal ação o “ouvir” com atenção e interesse o que o cliente deseja expressar. Como exemplo: M (36 anos) *Moça, você nem imagina o quanto me faz bem o fato de você me ouvir. Estou muito ansioso e quando estou assim, preciso conversar com alguém.* Outro depoimento: A (28 anos) *Nem imaginas como essas consultas me ajudaram. Estou me sentindo outra pessoa.* Familiar (J, 46 anos): *Ah, se a gente sempre tivesse um atendimento assim, o tratamento seria melhor.*

- Oficina

Outra forma de assistência prestada, deu-se através da realização de uma oficina, onde foram discutidos temas referentes à Cidadania, que em decorrência da psicose, se encontra prejudicada. Esta oficina será relatada na avaliação do objetivo 8.

- Visita Domiciliar

Entendemos que a visita domiciliar é parte essencial da assistência de enfermagem ao cliente psicótico, porque possibilita uma visão mais ampla do contexto no qual ele está inserido. O contato mais próximo da realidade do cliente ajuda a clarear determinadas dúvidas a respeito da trama familiar, seus conflitos, o suporte emocional oferecido e contribui para melhor elaboração da análise e do plano de ações. Por exemplo, durante uma consulta de enfermagem, onde geralmente o cliente vem acompanhado de um familiar, interpretamos que existe algum suporte afetivo por parte dessa família ; quando na ocasião de uma visita domiciliar, podemos avaliar melhor este apoio familiar.

- Grupo terapêutico

De acordo com Schoueri apud Louzã et al (1995), a terapia de grupo é diferente de uma abordagem individual porque ocorre uma rede de múltiplas interações, onde há um constante intercâmbio de elementos conscientes e inconscientes. O resultado tem-se a

partir da troca de idéias, sentimentos, sensações e experiências. Esta teoria parte do pressuposto de que tratando-se um grupo, trata-se o indivíduo.

A dinâmica grupal pode ser abordada de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico utilizado.

Nos grupos que tivemos oportunidade de participar liderados pela enfermeira, terapeuta ocupacional e médico psiquiatra tem como base a *socialização e grupos operativos (terapêuticos)*. Segundo Taylor (1992), grupos de socialização trata de uma técnica de remotivação onde a interação de grupo é considerado um dos meios mais eficazes para estimular as pessoas que perderam o interesse por tudo que a envolve. Algumas pessoas podem precisar mais do que um convite amigável para integrar o grupo. Outros podem ter perdido o interesse pela realidade e levam uma vida voltada para a fantasia ativa. Qualquer atividade de grupo deve competir com estas fantasias, pra obter a atenção e o prazer do indivíduo.

Os grupos terapêuticos buscam uma perspectiva de melhora de alguma situação de patologia dos indivíduos quer seja no plano de saúde orgânica, quer no psiquismo, ou em ambos. A mais utilizada nessa modalidade grupal é chamada de grupo de auto - ajuda ou grupo de mútua ajuda (Fenili, 1997).

No CAPS (período matutino) existem três grupos:

- Grupo Terapêutico Aberto: coordenado pela enfermeira e psiquiatra, ocorrendo três vezes por semana (2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>) com a participação de qualquer cliente psicótico e/ou familiar inscritos no programa. A dinâmica se dá através das trocas de idéias e experiências, sinais e sintomas da doença, discussão acerca de medicações utilizadas e fornecimento de receitas.

Apresentaremos a descrição de um dos encontros que participamos como ouvintes.

Compareceram cinco pessoas (quatro clientes e um familiar). Cada um falou como estava se sentindo atualmente e depois trocaram experiências do cotidiano. Às vezes, vem o familiar sem o cliente (como aconteceu nessa ocasião) onde este relata como o cliente está passando. O cliente que não aceita a sua doença e o tratamento é estimulado e incentivado pelos demais por esta incorporação. Foram discutidos vários assuntos que tem ou não relação com a enfermidade. Durante o encontro, ocorreu a seguinte conversa: F(36 anos): *Eu não quero tomar remédio, eu não sou doente*. Outro paciente D (45 anos): *Acontece, F., que precisamos nos tratar como qualquer outra pessoa que tenha uma doença crônica, como por exemplo, o diabético e o cardíaco para termos uma vida melhor*.

- Grupo Terapêutico Fechado: Coordenado pela enfermeira e psiquiatra, acontecendo uma vez por semana. Os participantes desse grupo são em número de sete integrantes, número este limitado à entrada de novos pacientes e outros interessados. Segundo informações da enfermeira (nossa supervisora), neste grupo os integrantes se conhecem a tal ponto que um sabe tudo da vida do outro, dos problemas pessoais e de seus momentos mais críticos, emitindo opiniões e conselhos quando necessário.

- Grupo Terapêutico de Terapia Ocupacional: É coordenado pela terapeuta ocupacional e tem como integrantes os clientes selecionados e encaminhados por outros profissionais. Ocorre toda Segunda feira, na sala de Terapia Ocupacional. A dinâmica é a seguinte: inicialmente, os participantes se apresentam e dizem como estão passando. A seguir iniciam alguma atividade manual proposta pela terapeuta (desenhos e/ou trabalhos com argila). Durante a atividade, troca-se idéias e ao término, cada um relata o que fez e



porquê. Depoimento de um cliente (M, 31 anos): *Eu desenhei o sol porque ele deixa muito feliz e me transmite energia.* Participamos três vezes desse grupo.

**AVALIAÇÃO DO OBJETIVO:** Consideramos este objetivo alcançado já que dentro dos trabalhos realizados com os clientes (consultas, oficina, visitas domiciliares e grupos) tivemos a oportunidade de estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa, o que nos possibilitou a assistência do cliente.

### 6.3 - OBJETIVO 3

- **Construir um instrumento para a aplicação do processo de enfermagem.**

Estratégias

- Estudar detalhadamente o referencial teórico de Travelbee.
- Discutir e avaliar com o orientador e supervisora questões referentes ao processo.

Inicialmente, estudamos o referencial teórico de Travelbee. Após a troca de idéias e discussões sobre o tema, começamos a construção do processo de enfermagem com base na proposta de Travelbee (1979). Dentro do que Travelbee chama de Fase I (Observação) temos o momento de:

**Levantamento de Dados** - realizado no momento da triagem, ou seja, quando for a primeira consulta, sendo que o procedimento será o seguinte: será utilizado como fonte de dados tudo o que for relatado pelo cliente e/ou familiar e constará inclusive no “Boletim de Triagem” e no “Boletim de Dados” aonde levantar-se-á dados acerca da identificação do cliente, situação sócio-econômica, etiologia da doença sob a visão do cliente. Além destes dados subjetivos, incluir-se-á os dados objetivos, sendo estes observados pela enfermeira com o auxílio da percepção dos seus sentidos e quando houverem outros achados de outros profissionais. Quando for retorno: vai se buscar nesta fase dados subjetivos referidos pelo cliente e/ou familiar ou objetivos, observados pela enfermeira que ficaram a serem esclarecidos (de acordo com o plano de ações da última consulta). Assim como também podem ser acrescentados novos dados em relação ao cliente (se este ou familiar quiser acrescentar) ou se a enfermeira perceber algo que não havia percebido em outra ocasião.

**Análise** - será feita a análise dos dados da fase anterior, utilizando-se para tanto os conhecimentos adquiridos, a bibliografia para consulta, discussão com as colegas e outros profissionais da área e com o cliente. Interpretaremos os dados obtidos na fase anterior através do nível de hipótese que se define como uma proposição suscetível à verificação, ou seja, a hipótese não é uma conclusão imutável, e sim, provisória e pode ser alterada à medida que surgirem novos dados ou novas relações (outras consultas de enfermagem). Se a interpretação se formula ao nível de hipótese, o observador poderá:

- Descrever o que viu, escutou e identificar a informação empírica que serviu de fundamento para estabelecer a conclusão provisória.
- Defender sua hipótese de acordo com seu conhecimento científico.
- Utilizar o conhecimento para explicar determinado problema.
- Explicar como provar ou verificar a conclusão ou interpretação.
- Usar interpretações comprovadas como base para planejar, executar e avaliar as ações de enfermagem.

Entendemos que deve-se trabalhar nesta fase com o nível de hipótese porque é necessário comprovar as conclusões relacionadas com a informação empírica.

A comprovação se define como a verificação ou fundamentação da informação obtida durante uma experiência.

As interpretações que interessam para a enfermagem são aquelas realizadas atualmente e a relevância dos seus significados para a intervenção da enfermeira.

Apontamos algumas formas de comprovação das interpretações, sendo que uma delas é compartilhar com o próprio cliente as conclusões acerca do seu comportamento; outra é discutir com outros profissionais da área; outra é quando mais observadores de um cliente chegam a mesma conclusão.

**Planejamento das ações** - após o levantamento de dados e interpretações destes, a enfermeira planeja as ações que irá tomar frente à situação. As decisões se embasam na consulta a pessoas experientes, supervisor e literaturas existentes sobre o tema.

O plano de ações pode ser feito de maneira estratégica, ou seja, quando já houverem objetivos pré - estabelecidos ou situações de urgências.

O plano constitui-se, na prática, de situações a serem esclarecidas com o cliente e familiar numa próxima consulta, orientações a respeito da medicação, do problema do cliente (sinais e sintomas), providenciamento de receitas, prevenção de complicações, discussão a respeito do seu comportamento acerca de suas percepções e dúvidas, encaminhamento a outros profissionais (quando necessário), estimular a participação dos familiares no tratamento, ajudar o cliente a descobrir um sentido para a vida, ajudar no enfrentamento de sua enfermidade mental.

**Evolução** - Será a descrição do estado (físico, emocional, psicossocial) avaliado através da relação entre enfermeira/cliente/familiar.

A evolução se dá através da observação direta do cliente, feito pela enfermeira, outros profissionais da saúde e familiar. É realizada sistematicamente a cada retorno à consulta de enfermagem ou em ocasião da visita domiciliar.

Na evolução faz-se o acompanhamento do cliente na busca de ajudá-lo a desenvolver uma filosofia de vida que tenha sentido e propósito e que o sustente em momentos de pressão e sofrimento.

**Avaliação das ações de enfermagem** - Nesta fase, a enfermeira deve determinar se sua atividade foi útil para o cliente e avaliar se os objetivos foram cumpridos.

Na Psiquiatria o progresso ou não do cliente não pode ser utilizado como critério para avaliar o êxito ou o fracasso da enfermeira, sendo que este progresso pode ser perceptível num curto espaço de tempo ou a longo prazo (meses a anos). Mas se espera que a melhora do cliente ocorra como resultado do processo interativo.

A avaliação das ações de enfermagem é o processo de julgar, apreciar e estimar ou valorizar a qualidade e eficácia da intervenção.

**AValiação DO OBJETIVO:** Consideramos este objetivo alcançado, pois estudamos o referencial teórico de Travelbee e construímos o instrumento para a aplicação do processo.

#### 6.4 - OBJETIVO 4

- **Realizar triagens utilizando um instrumento específico existente no CAPS mais itens desenvolvidos pelas autoras.**

##### Estratégias

- Cada acadêmica acompanhará três triagens.

O objetivo da triagem é selecionar o cliente e encaminhá-lo ao programa, oferecido pelo CAPS ou para outras instituições para acompanhá-lo no tratamento.

As triagens acompanhadas estavam agendadas para a enfermeira ou terapeuta ocupacional e o cliente era previamente indagado pelo profissional para se obter ou não a permissão para o acompanhamento. A maioria dos clientes aceitavam a nossa presença sem nenhuma dificuldade.

Percebemos que a nossa permanência não causou constrangimento ao cliente/familiar e que a entrevista seguia o seu curso natural. As acadêmicas se limitavam ao que tinha sido proposto, que era o papel de ouvinte e observadora, sendo que poucas vezes interferíamos na conversa.

- Após o acompanhamento cada acadêmica realiza cinco triagens.

Após cumprirmos o acompanhamento das três triagens, passamos a realizá-las sozinhas. Consultávamos a supervisora, apenas no caso de dúvidas em relação ao diagnóstico e encaminhamento. O número de triagens previsto para cada acadêmica era cinco, mas chegamos a ultrapassar este número, chegando a realizar de sete a dez triagens.

Para o registro destas foi utilizado o boletim de triagem já existente no CAPS e também o instrumento construído pelas acadêmicas. O tempo dispensado para cada triagem foi de trinta a quarenta minutos, sendo que durante este tempo, ouvíamos o cliente e seu familiar a respeito dos sinais e sintomas, da busca do tratamento para a doença mental e também outros assuntos relacionados.

Os dados levantados serviram de base para a elaboração do processo, sendo a triagem a fase de observação.

A seguir, três processos de triagens das acadêmicas.

##### **Triagem 1-** (M. G. C., 45 anos)

I – Observação: vide boletim de triagem (Anexo 1)

II - Análise:

Cliente com discurso lento, desorganizado e pobre em informações. Demonstra tônus afetivo diminuído. As diversas queixas relacionadas às funções psíquicas, como: alteração de senso-percepção, hipobulia, estado de vigília prolongado sugerem deteriorização do quadro de DM, que vem se prolongando há vários anos. Provavelmente a falta de um acompanhamento mais efetivo por parte de um profissional especializado tenha trazido prejuízos à cliente.

Encontra-se sob uso de medicamentos, mas talvez haja necessidade de reajuste da dosagem para que haja alguma melhora de alguns distúrbios como por exemplo, da insônia.

O esposo colaborou complementando algumas informações, e embora, demonstrasse uma certa habilidade e entrosamento com a doença mental da esposa também deixava transparecer preocupação com o estado de desequilíbrio da mesma, já que diante da situação ele não consegue trabalhar porque tem que lhe prestar uma maior assistência.

### III - Plano de ações:

- Discutir com cliente e familiar sobre a disponibilidade de tratamento no CAPS.
- Encaminhar ao médico
- Agendar consulta de enfermagem no mesmo dia da consulta médica.
- Ouvir e discutir assuntos relacionados ao cliente e familiar.
- Explorar mais numa próxima consulta a visão da cliente acerca dos seus sinais e sintomas e suas atitudes em relação a si própria.
- Discutir com o cliente e familiar sobre efeitos do medicamento.

### IV - Evolução:

Cliente em bom estado de higiene pessoal (dentes bem conservados, vestes limpas, cabelos penteados). Expressão facial melancólica. Esposo demonstra interesse em ajudá-la.

### V - Avaliação das Ações de Enfermagem:

O retorno da cliente (uma vez ao mês) foi agendado de acordo com as suas possibilidades de vir ao CAPS, já que a mesma mora distante. Seria interessante que a cliente retornasse mais vezes para um acompanhamento mais efetivo. Aguardaremos o seu retorno para nova avaliação e discussão sobre o assunto.

## **Triagem 2 – (C. A. O., 28 anos)**

I – Observação: vide boletim de triagem (Anexo 1)

II - Análise: A abstinência do cliente de dois meses é suficiente para a desintoxicação natural do organismo. A percepção do seu problema está um pouco alterada sugerindo delírio, porém em alguns momentos raciocina com precisão. A relação com a mãe me pareceu um pouco perturbada devido à uma certa impaciência por parte de ambos. A falta de ocupação e/ou atividade podem estar relacionados com os sintomas da doença.

### III - Plano de ações:

Questionar quanto à abstinência química.

Orientar e esclarecer quanto à medicação.

Estimular a participação da mãe no tratamento.

Conversar acerca de possíveis atividades que possa desenvolver.

Agendar consulta de Enfermagem.

Explicar ao cliente a importância da aceitação e participação própria no tratamento, assim como ajudar no enfrentamento de sua enfermidade.

IV - Evolução: O cliente mostrou-se disposto e disponível para tratar-se conforme o programa. Houve um início positivo de relação pessoa-a-pessoa com o cliente/familiar/enfermeira. Encaminhado para consulta com a psiquiatra.

**Triagem 3 – (M. O . B., 54 anos)**

I – Observação: vide boletim de triagem (Anexo 1)

II – Análise: Frequentes crises com perda da consciência, alucinações auditivas e visuais e alterações do comportamento sugere quadro esquizofrênico. Início dos sintomas na adolescência (dezoito anos). História de doença mental na família (avô materno, dois irmãos) sugestiva de hereditariedade. Sucessivas internações. Não pratica nenhuma atividade. Separação sugere relação conjugal problemática. Frequente semanalmente a igreja “Deus é amor”.

III – Plano de ações:

- Perguntar como ocorrem as crises e o que lembra.
- Investigar adolescência e infância.
- Questionar o motivo da separação conjugal.
- Orientar quanto à medicação.
- Estimular a realização de alguma atividade.
- Sugerir que algum familiar a acompanhe nas consultas.
- Encaminhar à psiquiatria.
- Agendar consulta de enfermagem (ver disponibilidade e aceitação da cliente).
- Convidar para participar da oficina.
- Estimular a permanência na igreja.

IV – Evolução: Cliente mostrou-se disposta a continuar o tratamento medicamentoso. Conversou bastante; indagou sobre os efeitos dos remédios e disse que vai começar a andar todos os dias para emagrecer um pouco. Mostrou interesse pela consulta de enfermagem. Início de uma relação terapêutica. Encaminhada para a psiquiatria.

**AVALIAÇÃO DO OBJETIVO:** este objetivo foi totalmente alcançado, visto que realizamos 27 triagens, sendo que o número proposto era 15.

## 6.5 - OBJETIVO 5

• **Realizar a Consulta de Enfermagem aplicando o processo proposto por Travelbee (1979).**

Estratégias:

- Agendar as consultas no momento da triagem.
- Utilizar como forma de registro o instrumento construído com base no referencial de Travelbee.

A consulta de enfermagem foi uma inovação no programa de psicóticos. Foram agendadas no momento da triagem, com os clientes selecionados de acordo com o grau de necessidade e aceitação. Cada acadêmica, no momento da triagem, marcava uma primeira consulta com o cliente psicótico, em um prazo de no máximo uma semana.

Percebemos como é importante esse acompanhamento sistemático através da consulta de enfermagem e que eficaz se torna a terapêutica. Infelizmente, como o nosso tempo foi curto, não pudemos fazer um longo acompanhamento, em virtude também da pouca disponibilidade de alguns clientes, principalmente financeiros, para comparecerem às datas previstas.

Nas consultas foi aplicado a teoria de relação pessoa a pessoa de Travelbee, assim como também utilizou-se o instrumento construído com base no processo de enfermagem proposto pela teórica. A seguir, a descrição de três processos de enfermagem.

### **Consulta 1 (I. M., 30 anos)**

I – Observação:

Cliente sente-se bem, mas diz que tem medo de ficar sozinha em casa. Relata que escreveu uma carta para a família pedindo que a mãe ou irmã viesse passar alguns meses com ela, e que tem-se esforçado para se distrair um pouco, indo visitar algumas pessoas amigas. Questionada sobre a visita domiciliar. Diz que não há nenhum problema, só que irá se mudar até o final do mês para a Barra da Lagoa. Continua com o uso dos medicamentos.

II – Análise:

Pela forma de colocação do seu medo que me pareceu um pouco exagerado pode ser um sintoma de depressão, onde se tem medo até dos espaços livres o que vem justificar a minha preocupação anterior da cliente morar só e não ter familiares por perto. A mesma assume atitude positiva em relação ao seu tratamento demonstrando interesse em buscar algumas alternativas para o enfrentamento de seu problema.

III – Plano de Ações:

Discutir com cliente a possibilidade da vinda ou não de seu familiar. Discutir com a cliente a continuação de buscas de alternativas para um melhor enfrentamento de sua doença mental. Agendar Visita Domiciliar.

IV – Evolução:

Cliente em boas condições de higiene pessoal (vestes limpas, cabelos limpos e penteados, dentes bem conservados). Orientada a lo e auto - psiquicamente. Procurando estabelecer e manter laços de amizade, mas ainda é necessário a ajuda de outras pessoas (profissionais e amigos) para desenvolver mais o aspecto psicossocial.

### V – Avaliação das Ações de Enfermagem:

As ações discutidas com a cliente durante os processos interativos parece contribuir, até porque proporciona uma maior participação da mesma.

### **Consulta 2 (C. A. O., 28 anos)**

#### I – Observação:

O cliente compareceu à consulta de enfermagem acompanhado da mãe, conforme combinado. Conversamos sobre o sono e orientado quanto ao dormir à tarde; se deixar de fazê-lo pode prolongar o período de repouso noturno. Procurei o Serviço Social para a possibilidade de receber as passagens para o cliente, o qual não tivemos sucesso, pois não fornecem mais passes. Exploramos o medo e tendência ao retraimento. O cliente afirmou que sente isso desde que ele e um amigo começaram a fazer um tipo de “ginástica” (SIC). Quanto à atividade, afirma realizar halterofilismo em casa. Refere ter participado do grupo de drogadição da UFSC durante um período. Não tem necessidade de voltar a usar droga, porém refere que o irmão mais velho, que mora junto, usa maconha.

#### II – Análise:

O medo continua ao meu ver, um processo de defesa e dificuldade para enfrentar a realidade. A atividade do exercício físico pode ser importante pelo fato de ser saudável, porém deve-se ter em vista o objetivo desta atividade: por quê halterofilismo? Seria (hipótese) para adquirir força muscular para se defender de possíveis agressores, que pode estar relacionado com o medo de sair de casa sozinho; suspeita-se que o cliente não se sente suficientemente seguro de si e de sua força física? O cerne da etiologia de sua doença mental está em sua própria casa. Como enfrentar este tipo de problema? O cliente apresenta uma suposta resistência à droga, diz estar livre disso.

#### III – Plano:

- Explorar fobia de sair sozinho.
- Questionar o objetivo do exercício.
- Conversar sobre o apoio que o cliente pode oferecer ao irmão que se droga.
- Incentivar outras atividades relacionadas com a manutenção da casa (quintal, organização de interior, etc.).
- Convidar para a oficina.
- Encaminhar para grupo de terapia ocupacional.

#### IV- Evolução:

O cliente e sua mãe participaram da oficina; este pouco se expressou, mas nota-se que sua atenção estava completamente voltada para os temas em discussão. A vinda à consulta foi um passo positivo, indicando interesse em tratar-se e participar das atividades propostas pelo programa.

### **Consulta 3 (A. F., 28 anos).**

I – Observação: Cliente compareceu à consulta de enfermagem dez minutos antes da hora marcada. Apresentava-se com as vestes amarrotadas e sujas; o cabelo despenteado, barba por fazer e com “cara de poucos amigos”. Entrou no consultório atrás de mim; ofereci-lhe a cadeira para sentar. Após ter sentado, fixou seus olhos em mim. Quando indaguei como estava passando, respondeu: - “Ah, eu estou bem...”. Relatou que está sentindo muita fome e sono. Afirmou que não pratica nenhuma atividade (vê televisão quase todo o dia, inclusive de madrugada, quando assiste de segunda a sábado “Cine Privê”); quase não sai de casa, pois acha que alguém o persegue. Acha que é estéril, pois já teve relações com algumas mulheres e



nenhuma engravidou. Só trabalha quando aparece um “bico”. Disse que não gosta dele mesmo, não pode nem ver sua imagem no espelho, que sente vontade de quebrá-lo. Acha que os amigos fizeram “macumba” para ele. No relacionamento familiar, disse que tem uma boa relação com a sua mãe, padrasto e irmãos; seu pai faleceu quando tinha vinte anos e sente muita saudade dele, pois ajudava-o a vender peixe; além de que, o pai era o seu protetor e seu melhor amigo.

II – Análise: Segundo pude constatar, o cliente está com a auto – estima e auto – imagem afetadas, o que se comprova através do seu desleixo e por não gostar de si e de sua imagem. Fome e sono do cliente pode estar relacionado com os efeitos colaterais dos medicamentos. Sexualidade afetada faz com que o cliente busque um meio (filmes eróticos) para suprir essa necessidade, já que, segundo afirmação do cliente, está há algum tempo sem se relacionar com uma mulher. A dúvida do cliente em relação à esterilidade pode estar relacionada ao desconhecimento dos métodos contraceptivos e ao próprio quadro de esquizofrenia paranóide, já que o esquizofrênico paranóide pode crer que alguma parte do seu corpo não está funcionando direito. Cisma com macumbas e idéias de perseguição também fazem parte do quadro de esquizofrenia paranóide. A perda do pai pode ter sido uma das causas do início da doença mental, já que o sofrimento psíquico se desencadeou logo após este fato. O pai era uma proteção para o cliente.

III – Plano de ações:

- Estimular o cliente em relação à auto – estima e auto – imagem.
- Orientar sobre os efeitos colaterais dos medicamentos.
- Abrir espaço para que o cliente fale de sexualidade.
- Sugerir para que procure um médico e faça exames para comprovar ou não a sua esterilidade.
- Orientar sobre os métodos contraceptivos.
- Conversar sobre a sua doença mental.
- Estimular para que fale do pai e familiares.
- Estimular a prática de alguma atividade.
- Agendar nova consulta de enfermagem.

IV – Evolução: O comparecimento do cliente à consulta de enfermagem foi um aspecto positivo, o que demonstra que este possui interesse em buscar alguma ajuda para o seu tratamento. Fez questão de marcar nova consulta para a próxima semana.

V – Avaliação das ações de enfermagem: Creio que as minhas ações contribuíram para que se estabelecesse uma relação terapêutica e de confiança.

**AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS:** Consideramos que o objetivo foi parcialmente alcançado, já que das quinze consultas propostas, realizamos doze. Para os três faltantes foi realizado um resgate através de telefone, sendo que dois clientes mudaram de cidade/estado por motivos pessoais e um estava em crise psicótica. Este último foi resgatado através de visita domiciliar e foi encaminhado para a internação, pois estava pondo em risco a sua vida e dos seus familiares.

## 6. OBJETIVO 6

- **T**raçar o perfil sócio - econômico dos usuários do serviço do CAPS.

Estratégias:

- Fazer o levantamento de dados nos momentos de triagens e consultas de Enfermagem utilizando o instrumento existente no programa e outro específico elaborado pelas autoras, sendo que do último há 3 exemplos preenchidos ( Anexo 2).

Tabela 1: Relação dos clientes segundo o sexo e idade (em anos), Programa de Psicóticos do CAPS, 1998.

Idade (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
25 --30	7	26	2	7	9	33
30 --35	4	15	1	4	5	19
35 --40	3	11	1	4	4	15
40 --45	3	11	1	4	4	15
45 --50	-	-	2	7	2	7
50 --55	1	4	1	3*	2	7
55 --60	-	-	1	4	1	4
Total	18	67	9	33	27	100

Fonte: Levantamento realizado em triagens pelas acadêmicas no CAPS, 1998, Florianópolis.

\* ajuste de arredondamento

Análise: Observa-se a predominância de clientes entre 25-30 anos, destes 26% são do sexo masculino e 7% do sexo feminino.

Tabela 2: Relação dos clientes, segundo o sexo e estado civil

Estado civil	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	12	45	2	7	14	52
Casado*	3	11	4	16	7	26
Separado	3	11	2	7	5	18
Viúvo	-	-	1	4	1	4
Total	18	67	9	33	27	100

Fonte: Levantamento realizado em triagens pelas acadêmicas no CAPS, Florianópolis, 1998.

\* Consideramos a união estável neste item.

Análise: 45% do sexo masculino são solteiros, enquanto 16% do sexo feminino casadas e 52% do total solteiros.

Tabela 3: Relação dos clientes do programa de psicóticos, segundo grau de escolaridade e situação profissional

Escolaridade	Empregado		Aposentado		Desempregado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	-	-	2	7	-	-	2	7
1º grau incompleto	3	11	5	18	8	30	16	59
2º grau incompleto	2	7	1	4	1	4	4	15
2º grau completo	1	4	1	4	1	4	3	11
3º grau incompleto	1	4	-	-	-	-	1	4
3º grau completo	1	4	-	-	-	-	1	4
Total	8	30	9	33	10	37	27	100

Fonte: Levantamento realizado em triagens pelas acadêmicas no CAPS, Florianópolis, 1998.

Análise: Percebemos pela tabela que a maioria dos clientes (59%) não tem 1º grau completo, assim como temos 37% do total de clientes desempregados.

Tabela 4: Número de clientes conforme a renda individual e percentual.

Salários mínimos	N	%
0-1	17	63
1-2	4	15
2-3	4	15
3-4	1	4
4-5	1	3*
Total	27	100

Fonte: Levantamento de dados realizado em triagens pelas acadêmicas (1998), CAPS, Florianópolis.

Análise: A maioria dos clientes (63%) recebem de 0 a 1 salário mínimo, alguns desempregados declararam nenhuma renda. O salário mínimo em 31/07/98 é de R\$ 130,00.

Tabela 5: Renda familiar de pacientes psicóticos.

Membros da família em números	Número de famílias		
	Salários mínimos		
	0-1	2-4	>4
2	1	2	-
3	-	3	3
4	-	3	4
5	-	1	1
6	1	1	1
7	-	-	1
8	-	-	-
9	-	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

Fonte: Levantamento de dados realizado em triagens pelas acadêmicas no CAPS, Fpolis.

OBS. Dois clientes não moram com a família e dois não souberam informar.

Análise: A maioria das famílias dos clientes sobrevivem com mais de 2 salários mínimos, porém temos uma família com 6 membros sobrevivendo com 1 salário. O salário mínimo em 31/07/98 é R\$ 130,00.

De acordo com o levantamento de dados, a maioria dos clientes 88% vivem em casas próprias e 97% tem infraestrutura completa, no que diz respeito à água tratada, luz e esgoto.

**Avaliação do Objetivo:** Consideramos este objetivo alcançado, pois a proposta era traçar o perfil de 15 (quinze) clientes, sendo que realizamos de 27 (vinte e sete) clientes.

## 7. OBJETIVO 7

- **Levantar a etiologia de doença mental sob a ótica do cliente.**

Estratégias: Realizado nos momentos de triagem através do instrumento específico.

Tabela 1: Etiologia da doença, segundo o grau de escolaridade, na visão do cliente

Grau de escolaridade	Frequência	Percepção de Doença mental
Nenhuma	1	“são espíritos”
	1	“é um desequilíbrio da mente”
1º Grau incompleto	1	“fiquei doente por causa do frio”
	7	“não tem resposta”
	1	“traição da mulher, espíritos”
	1	“que afeta o cérebro”
	1	“cansaço, stress”
	1	“conflito dos pais, espiritual”
	2	“espiritual”
	1	“esgotamento do cérebro”
1º Grau completo	1	“problema do cérebro”
2º Grau incompleto	1	“stress mais preocupação”
	2	“não tenho idéia”
	1	“intoxicação”
2º Grau completo	1	“stress”
	1	“macumba”
	1	“hereditário”
3º Grau incompleto	1	“stress, excesso de preocupação”
3º Grau completo	1	“biológico, social”

Fonte: Instrumento de coleta de dados aplicado pelas acadêmicas no CAPS, março – junho, 1998, Florianópolis.

Análise: Percebemos que há uma grande variedade de percepções acerca de doença mental, porém as respostas de maior frequência são de causas que os clientes desconhecem, seguidas de causas orgânicas e espirituais. Este dado, a princípio serve de subsídio para futuros trabalhos de interesse nesta área. Também serve para o profissional de saúde mental não subestimar a visão do cliente, e sim levar em conta essa informação na hora de traçar um plano terapêutico.

Tabela 2: Frequência de primeiros sintomas referidos pelos clientes antes de procurar recursos

Número de frequência	Sintomas e Sinais
13	Insônia
11	Desorientação
11	Mania
8	Agressividade
8	Depressão
6	Alucinações auditivas
4	Dificuldade de concentração
3	Anorexia
3	Alucinações visuais
3	Tontura
3	Ansiedade
3	Delírios paranóides
2	Idéias desconexas
2	Fraqueza física
2	Stress
2	Mudança do pensamento
2	Tremores
2	Medo
1	paralisia física
1	pensamentos negativos
1	fala sozinho
1	obsessão
1	impulsividade
1	Cefaléia
1	tentativa de suicídio

Fonte: Instrumento de coleta de dados aplicado pelas acadêmicas no CAPS, março – junho, 1998, Florianópolis.

Análise: Encontramos uma grande variedade de sinais e sintomas que os clientes sentiram antes de procurar recursos. Estes sintomas diferem bastante da imagem pública da doença mental, onde geralmente o cliente é visto como um indivíduo agressivo e bizarro. Estes sintomas por si só são frágeis e insuficientes para designar alguém como psicótico ou simplesmente doente mental, pois a insônia e depressão, por exemplo, são sentidos por qualquer pessoa em algum momento de sua vida.

Tabela 3: Número de clientes segundo a idade de início dos sintomas.

Idade	Número de clientes	%
14  ----- 19	5	18,6
19  ----- 24	8	29,6
24  ----- 29	8	29,6
29  ----- 34	2	7,4
34  ----- 39	1	3,7
39  ----- 44	2	7,4
44  ----- 49	-	-
49  ----- 54	1	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados aplicado no CAPS pelas acadêmicas , março – junho, 1998, Florianópolis.

Análise: A maioria dos clientes iniciaram com os primeiros sintomas da doença entre a idade de 19 a 28 anos completos, o que está de acordo com Lewis e Usdin (1979) que afirma que a manifestação da doença mental se dá na adolescência ou início da vida adulta. Observa-se que 48,2% sentiram os primeiros sintomas na faixa etária onde normalmente ocorre o início da vida profissional.

Tabela 4: Primeiro recurso utilizado pelo cliente em número e porcentagem.

Recursos	Número de frequência de utilização	%
Hospital (internação)	15	27,7
Centro Espírita	9	16,6
Igreja Evangélica (Assembléia de Deus)	7	13,0
Fitoterapia (chás diversos)	7	13,0
Clínico geral	6	11,1
Benzedeira	2	3,7
Curandeiro	2	3,7
Psiquiatra	1	2,0
Ginecologia	1	2,0
Igreja Universal	1	2,0
Macumba	1	2,0
Posto de Saúde	1	2,0
Medicação (por conta própria)	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados aplicado no CAPS, março – junho, 1998, Florianópolis.

Análise: O recurso de maior frequência (27,7%) de utilização foi o hospital para internação, perfazendo 55,5% do total de clientes. Porém, percebemos uma grande

freqüência de recursos alternativos (de centro espírita à medicação tomada por conta própria) o que nos faz questionar os meios disponíveis e o esclarecimento à população no que se refere à Saúde/Doença Mental.

Tabela 5: Número de internações, freqüência e conceito do cliente em relação à internação.

Número de internações	Freqüência	Conceito
1	1	muito bom
	2	bom
2	2	bom
3	2	bom
	2	ruim
	1	horrível
	1	péssimo
4	2	bom
	1	ruim
5	1	bom
6	2	bom
7	1	bom
10	1	bom
15	1	ruim
25	1	ruim
26	1	bom

Fonte: Instrumento de coleta de dados aplicado no CAPS pelas acadêmicas, março – junho, 1998, Florianópolis.

Análise: Podemos notar que a maioria dos clientes (64%) tiveram uma percepção boa em relação à internação, enquanto que (36%) tiveram um conceito ruim ou péssimo.

**AVALIAÇÃO DO OBJETIVO:** O objetivo foi alcançado, pois obtivemos informações em relação à etiologia da doença mental, sob a ótica do cliente.



## 6.8 - OBJETIVO 8

- **Promover o resgate da cidadania do cliente psicótico e esquizofrênico de forma a conscientizá-lo do seu papel de cidadão dentro da sociedade.**

### Estratégias

- Através de oficinas, terapia de grupo e/ou individual enfocando temas referentes às questões políticas, sociais e outros assuntos que emergirem.

Planejamos uma oficina de acordo com o objetivo do projeto, tendo como tema Cidadania. Seleccionamos e convidamos oito clientes, sendo que cinco compareceram e dois familiares.

### Relato da oficina:

Para iniciar, houve apresentação dos participantes e das coordenadoras (acadêmicas). O tema geral foi sugerido pelas acadêmicas e ficou estabelecido que os participantes escolheriam o item que gostariam de discutir.

Perguntamos aos participantes o que entendiam por cidadania, sendo que obtivemos várias respostas: “Cidadania é construir algo para o pessoal (creches, emprego)”; “É mais atenção aos idosos e deficientes mentais e físicos”; “Abandono é falta de cidadania (abandono nos hospitais com relação aos clientes com deficiência mental)”; “Ter caráter é ter cidadania, exemplo pagar o cego com o dinheiro certo”; “Ajudar aos outros é ter cidadania”; “Ensinar aos outros é cidadania”; “Ter respeito pelas pessoas é ser cidadão”.

Todos estes conceitos foram discutidos e analisados pelo grupo, sendo que o fechamento do conceito de cidadania foi feito fazendo uma “ponte” do que foi dito com o seguinte conceito: O que é cidadão? É a pessoa que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade. Tudo o que acontece no mundo, seja no meu país, na minha cidade ou meu bairro. Toda pessoa precisa participar das decisões que interferem na sua vida (Souza, 1994).

A seguir foram sugeridos alguns temas para ser escolhido um para discussão: voto, responsabilidade sobre si e tratamento, trabalho/profissão, participação na família e comunidade.

Dentre estes temas, todos os participantes escolheram para discutir sobre voto. Iniciamos então a oficina propriamente dita. Uma acadêmica foi anotando as idéias que foram surgindo. Alguns folhearam revistas, porém o material didático (revistas antigas, jornais, cartolinas, lápis, tesouras, cola e canetinhas) não foi utilizado, pois preferiram debater verbalmente.

Os pontos que foram discutidos:

- Cargos que concorrem à eleição (deputado federal e estadual, presidente, senador e governador).
- Volta do ex-presidente Collor (houve consenso sobre os crimes dele).
- Título de eleitor (quem possui). Um participante afirmou ter queimado seu título, sendo que os demais aconselharam que este providenciasse uma segunda via, já que o voto é obrigatório e há multa por abstenção.
- Urna eletrônica X cédula (a maioria já votou em urna, conhecendo o funcionamento).

Um participante relatou que ira anular seu voto: *Vou riscar de cima a baixo a cédula, porque todos os políticos são safados.*

Foram levantadas outras questões como:

- Ver o passado do candidato, acompanhando a mídia para saber os aspectos positivos e negativos de cada um.

- Plano REAL (aumento dos produtos, pouco aumento dos salários; como consequência a falta de remédios, desemprego e miséria).

- Candidatos à presidência: Lula e Brizola, FHC, Paulo Maluf, Collor, Ciro Gomes.

O candidato favorito foi Lula, sendo que ninguém iria votar no Collor e no FHC.

Fizemos então o fechamento do tema realizando novamente com uma ligação com o que foi dito com a literatura. Lemos e pensamos sobre a seguinte frase do sociólogo Betinho:

“Votar é escolher um sujeito, dar a ele a tarefa de representá-lo por quatro anos e cobrar. Mas cobrar antes mesmo da próxima eleição. Muitas vezes, a gente vota, e depois esquece até em quem votou. A idéia de cidadania ativa é ser alguém que cobra, propõe e pressiona (no bom sentido). Então se há um problema na sua rua, você chama o seu vereador e, se elegeu o prefeito, chame o prefeito”.

Acrescentamos que a política é uma relação de poder que se estabelece entre as pessoas ou grupos de uma sociedade. A política não está só na esfera do Estado, mas em todas as relações. Na família, por exemplo, que pode ser uma relação autoritária, liberal ou democrática.

Encerramos a oficina com um lanche, trazido pelas acadêmicas, onde houve um momento de grande descontração, inclusive registramos com fotos.

Os participantes avaliaram a oficina positivamente, como mostra o depoimento a seguir de N (44 anos): ... *deveria ter sempre um encontro assim para a gente participar.*

**AValiação do Objetivo:** Foi realizado apenas uma oficina em virtude do pouco tempo e outras atividades previstas e também pela dificuldade de agrupamento dos clientes.

Em si, o objetivo foi considerado alcançado porque abordamos o tema cidadania na oficina e durante todo o estágio, seja em triagens, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupo terapêutico (nos quais participamos). O próprio referencial teórico com o qual trabalhamos já contempla o tema cidadania através da relação pessoa a pessoa.

## 6.9 - OBJETIVO 9

- **Trabalhar a relação cliente/família/sociedade dentro do programa e no seu ambiente social, cultural e econômico.**

### Estratégias

- Realizar visitas domiciliares, dando prioridade aos clientes mais necessitados.

As visitas domiciliares foram agendadas a partir das consultas de enfermagem e realizamos conforme havíamos planejado (cada acadêmica realizaria duas visitas), sendo que levávamos em consideração a necessidade e aceitação do cliente e familiar.

Pudemos constatar a importância de conhecer o contexto sócio - cultural e econômico no qual está inserido o cliente e sua família e também a respeito da interação familiar, já que num ambiente ambulatorial, esta percepção não nos é muito clara.

Alguns clientes relataram que não tem o apoio da família e até se sentem excluídos, como mostra o depoimento de um cliente (G. , 38 anos), que mora sozinho e quando indagado, pela acadêmica, se este tinha contato com a família, respondeu: *A minha família não gosta da minha conversa. Eles não me escutam.*

Sentimos que a visita domiciliar favorece o fortalecimento do vínculo de confiança entre profissional, cliente e família. Achamos que isto ocorre devido ao ambiente, já que eles se encontram em seu contexto e também pelo tempo que lhes é dispensado.

Notamos que há uma aceitação por parte do cliente/família em relação à visita domiciliar, como comprova os seguintes depoimentos:

M (66 anos, mãe de uma cliente): *Que bom seria se os profissionais de saúde fizessem acompanhamento em casa. Seria muito melhor.*

N (44 anos, cliente): *A sua visita me deixou muito feliz.*

A seguir um exemplo do processo de Visita Domiciliar:

Cliente A C. S. 29 anos.

I – Observação: Fui à casa de A. conforme combinado, às 09:30h de sábado. A casa deste fica nos fundos do bar e mercearia da mãe. Este espaço é dividido entre o bar, a casa da mãe, um quarto, banheiro, cozinha (do cliente). A casa da irmã e cunhado é logo abaixo. A peça ocupada por A. é de madeira e alvenaria, sem pintura, atrás de uma enorme pedra. As condições de moradia foram consideradas insatisfatórias em questão de higiene e conforto.

Chegando lá, conversei com a mãe que estava trabalhando, a qual se mostrou preocupada com a situação. Afirma que seu desejo era o de não interná-lo, mas não consegue mais suportar a situação: “Se ele tomasse o remédio pelo menos...”.

O cliente A. me recebeu numa sala da casa da mãe. Ele estava bem vestido e limpo. Conversamos sobre a medicação e ele afirmou não precisar dela. Também a respeito de como estava se sentindo: *Muito bem* – afirma o cliente. Está trabalhando em uma construção mas está praticamente demitido. Não consegue dormir à noite e fica perambulando. Durante o dia não consegue concentrar-se no trabalho. Apresentou um discurso confuso e delirante, falou do tempo em que fora militar, considerando este o fator desencadeante de sua doença. Diz não sentir-se satisfeito atualmente, sente falta de uma companheira que pudesse formar família e filhos. Reclama do lugar onde mora, diz que todos mexem e roubam as suas coisas.

II – Análise: Discurso verborrêico indicando paranóia e delírio. A falta de continuidade no tratamento medicamentoso e de apoio, desencadeou uma crise. Relação da família em conflito devido ao quadro sintomatológico de crise. O apoio da mãe, irmã e cunhado não estão sendo percebidos pelo cliente neste momento. O quadro atual necessita de intervenção imediata, tratando-se de internação em hospital psiquiátrico. A insônia prejudica as atividades diárias de raciocínio e concentração, necessitando portanto de medicação já prescrita.

III – Plano: Entrar em acordo com o cliente acerca da internação nesse momento. Mostrar a importância dessa internação. Explicar o tratamento que irá receber no hospital e da importância da sua continuidade a nível ambulatorial (CAPS) junto à família. Acompanhá-lo ao hospital. Dar apoio emocional ao cliente e família nesse momento crítico. Discutir com a família sobre o apoio que o cliente deve receber durante e após internação, ajudando no enfrentamento da realidade. Acompanhar durante esse período, o cliente através de telefonema para o Instituto de Psiquiatria ou contato com familiares. Deixar marcado e encaminhado para consulta/retorno após a alta hospitalar.

IV – Evolução: Após muitas horas de conversa, o cliente resolveu concordar com a internação visto que reconheceu a necessidade, devido a situação de crise pela qual está passando atualmente. Durante todo o processo, mostrou-se ansioso, porém, aceitando o fato. Após o atendimento no hospital o cliente estava prestes a voltar atrás na sua decisão. Nesse momento obteve apoio do pai que estava consciente da necessidade de tal intervenção.

V – Avaliação das Ações de Enfermagem: Acredito que a intervenção através de Visita Domiciliar foi oportuna, visto que a situação estava fugindo do controle da família. A obtenção do consentimento do próprio cliente para internar-se (pela primeira vez vai de livre vontade) mostra-nos que o diálogo mesmo com o cliente em crise parece ser ainda a melhor solução para resolução de problemas. Diálogo este obtido através da relação pessoa a pessoa na qual nós profissionais devemos apoiar e ajudar no enfrentamento de sua enfermidade mental. O que se comprova através de posterior depoimento, no qual o cliente mostra-se agradecido e sensibilizado pela forma de atenção e carinho recebido. Nesse ponto a família também agradeceu o interesse dessa acadêmica de enfermagem.

Cada acadêmica gravou com a permissão dos clientes a conversa que ocorreu durante a visita domiciliar. (Anexo 3 )

- Incentivar a participação de familiares nas oficinas e promovidas.

Este incentivo foi dado a partir das triagens e durante as consultas, já que no serviço ambulatorial se dá oportunidade para que a família acompanhe o cliente.

O incentivo foi dado para que a família se intere do tratamento do cliente e assim, possa contribuir, auxiliando nos momentos de crise, identificando os primeiros sinais e funcionando como um próprio apoio da equipe de saúde, ou seja, uma continuação.

Uma mãe de um cliente relatou o seguinte:

*Estou gostando muito do CAPS, aqui eu posso acompanhar o meu filho e aprender um pouco sobre a doença dele. Na Colônia não tem nada disso.*

Na oficina realizada e nas consultas de enfermagem houve interesse e participação por parte dos familiares e também percebemos que durante os encontros, estes participavam ativamente.

**AVALIAÇÃO DO OBJETIVO:** este objetivo foi considerado alcançado, já que as acadêmicas realizaram dez visitas, e também uma oficina com a participação de familiares

## 6.10 - OBJETIVO 10

- **Visitar os programas de outros locais de reintegração do cliente psiquiátrico (com especial atenção aos psicóticos) à sociedade, identificando as suas dificuldades/facilidades.**

De acordo com o objetivo proposto, realizamos as seguintes visitas com seus respectivos relatórios:

### Visita 1

Em São José, visitamos no dia 23/04/98 o Instituto São José (ISJ), no período matutino. A instituição localiza – se à Rua Antônio Ferreira, 113, é privada e presta serviço hospitalar e ambulatorial.

Inicialmente, fomos recebidas pela enfermeira que exerce a função de diretora de Enfermagem e, em seguida, pela enfermeira assistencial que nos passou informações sobre a instituição e o seu funcionamento.

O ISJ se encontra instalado numa área física de 15.000m<sup>2</sup>, possui ambiente apropriado para a prática de esportes, lazer e também há área livre arborizada. A capacidade de atendimento é de 176 leitos mais a demanda ambulatorial, sendo que a instituição é mantida pelos recursos gerados pelas internações e atendimentos particulares e por convênios, tais como: SUS, IPESC, GEAP, UNIMED, Banco do Brasil, TELESC, Caixa Econômica Federal.

O quadro de funcionários se compõe de: psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros, atendentes e auxiliares de Enfermagem e demais funcionários administrativos e serviços gerais.

Os serviços são destinados aos psicóticos, dependentes químicos (álcool e drogas), neuróticos, ansiosos e deprimidos e são realizados através de consultas, internação integral, tratamento do alcoolismo, programas de acompanhamento terapêutico, atendimento familiar, hospital – noite e medicação à domicílio. As terapêuticas empregadas são: medicações, palestras, assembléias (para os pacientes do SUS), grupos terapêuticos (Atividade Vida Diária, grupo de auto – cuidado e grupo de Lítio), dramatizações. Também são realizados passeios, compras e visitas ao cabeleireiro, sempre com acompanhamento de um profissional (terapeuta ocupacional).

Conforme observamos e pelo que nos foi relatado, podemos classificar que as abordagens da doença mental utilizadas no ISJ são médica e sistêmica, uma vez que os profissionais trabalham com os sintomas apresentados pelos clientes e com os conflitos familiares e sociais.

Constatamos também que os recursos humanos, principalmente relacionados à Enfermagem, são insuficientes, já que só conta com 2 enfermeiras diurnas para a assistência de 176 clientes. Consequentemente, não há adoção, por parte da Enfermagem, de uma teoria que norteie o registro da assistência prestada.

### Visita 2:

Em Florianópolis, visitamos o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que se localiza à Rua Rui Barbosa, na Agrônômica, no complexo do SOS Criança e Abrigo de Menores.

O serviço prestado é à nível ambulatorial e os clientes são do município de Florianópolis, já que a instituição pertence à Prefeitura. São atendidos psicóticos, depressivos e também crianças e adolescentes encaminhadas pelo SOS Criança com distúrbios do comportamento. Atualmente fazem parte do programa 35 usuários, mas não existe um limite de atendimentos, atendem conforme a demanda (encaminhamentos do IPQ, ISJ, CAPS e Centros de Saúde).

A instituição é mantida pela Prefeitura de Florianópolis e com algumas verbas conseguidas diretamente do Governo Federal. O quadro de funcionários é composto por: 1 psiquiatra, 1 assistente social, 5 psicólogos, 1 enfermeira, 1 técnica e 1 auxiliar de Enfermagem.

No NAPS são empregadas as seguintes terapêuticas:

- Grupo de medicação, onde são discutidos os efeitos do medicamento, possíveis mudanças neste tratamento (homeopatia) e outras dúvidas. Este grupo é coordenado pela médica psiquiatra homeopata e pela enfermeira.
- Grupo de familiares, deste grupo participam os familiares do usuário, mas sem a presença deste. São discutidos assuntos pertinentes ao quadro de doença mental.
- Oficina de máscaras, cerâmica e teatro: coordenado pela educadora artística e acompanhado pela psicóloga. São desenvolvidos artes manuais como a confecção de máscaras, de objetos de cerâmica com o objetivo de expressão do sentimento e emoções do usuário, assim como também o estímulo para que desenvolva alguma atividade.
- Grupo terapêutico: coordenado pela psicóloga, sendo que participam os usuários (psicóticos) neste grupo.
- Visitas domiciliares: são realizadas toda sexta – feira pela manhã e agendadas conforme a necessidade, por exemplo, resgatar um usuário que não está mais aparecendo na instituição.

Os trabalhos desenvolvidos a partir dos fenômenos observados seguem uma linha psicanalítica. Os profissionais trabalham interdisciplinarmente e estão sempre em contato com outras equipes, como da Policlínica do Continente, Centros de saúde de Canasvieiras, Lagoa da Conceição e outros. O NAPS tem como lógica a não internação do cliente e são declaradamente contra a linha tradicional organicista. Vêem o cliente como um usuário que necessita de acompanhamento profissional para obter uma melhor qualidade de vida.

Como pontos positivos, podemos destacar a localização do NAPS, que é privilegiada, funciona num antigo casarão (passou por uma reforma) e possui arborização ao redor; há interesse, proposta e iniciativa por parte da equipe; a realização do grupo de familiares e as visitas domiciliares com objetivo de resgatar os usuários.

Como pontos insuficientes, apontamos a falta de apoio político, a falta de recursos humanos e materiais, pouca divulgação da instituição, atendimento à crianças e adolescentes no local que deveria ser destinado a apenas clientes psicóticos.

As demais visitas propostas não foram possíveis de serem realizadas devido problemas pessoais, financeiros e pelo pouco tempo.

**AValiação DO OBJETIVO:** Este objetivo foi parcialmente alcançado porque não conseguimos visitar os programas previstos em São Paulo e Porto Alegre, devido à dificuldade financeira e problemas pessoais das acadêmicas e orientador.

## **6.11 - OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS E REALIZADOS**

### **6.11.1 - Levantamento estatístico**

Durante o estágio foi solicitado pela enfermeira supervisora que fizéssemos um levantamento dos clientes atendidos em triagens realizadas pela enfermeira e terapeuta ocupacional do período matutino, entre o período de março/97 a abril/98. O objetivo era a solicitação de mais um psiquiatra para o turno matutino.

Este levantamento incluía o nome do cliente, a procedência, o diagnóstico e de onde veio encaminhado.

A seguir, os resultados e análise: dos 195 clientes que passaram por triagens, 109 (55,9) eram procedentes do município de Florianópolis; 42 (21,6%) de São José; 17 (8,7%) de Palhoça; 7 (4,1%) de Biguaçu e 20 (9,7%) de outros municípios (Paulo Lopes, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Major Gercino, Imbituba, Itapema, Laguna, Caçador, Garopaba, São João Batista, Antônio Carlos, Governador Celso Ramos, Angelina, Porto Belo e Tubarão).

Em relação ao diagnóstico, 137 pacientes foram diagnosticados como psicóticos esquizofrênicos e o restante (58) dos clientes apresentavam o diagnóstico das demais psicoses (esquizoafetivas e afetivas).

A maioria dos clientes (130) foram encaminhados do IPQ; 27 do ISJ; 12 por outros profissionais da Policlínica; 8 de Centros de Saúde; 5 de clínicas particulares, 6 por demanda espontânea; 2 do hospital de Caridade, 2 por outros médicos; 1 do Hospital de Custódia; 1 do Hospital Universitário e 1 da prefeitura.

### **6.11.2 - Atendimentos diversos**

Foram realizados seis atendimentos a nível emergencial, aonde o cliente chegava sem hora marcada e com princípios de uma crise. Atendíamos em forma de triagem e encaminhávamos para o médico, dando assim o nosso apoio emocional aos clientes em seus momentos difíceis. Além disso, houve oportunidades que, após o cliente ser medicado, ficávamos observando-o.

Outros atendimentos como técnicas de medição de pressão arterial foram realizadas em oito clientes, com suas devidas orientações; também foram feitas seis injeções via intramuscular e um curativo em clientes do Programa.

### **6.11.3 - Curso de Saúde Mental**

Nos dias 16 e 17/04 participamos do curso sobre Saúde Mental, ministrado pelo Dr. Alan Índio Serrano. Houve a participação de profissionais de saúde mental de vários municípios do Estado, entre eles: psicólogas, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiras, assistentes sociais e outros.

No curso foram abordados temas como: estatísticas da necessidade de novos ambulatorios psiquiátricos (NAPS e CAPS), estatística da demanda de clientes



psiquiátricos em diversos municípios, medicações alopáticas e homeopáticas e seus efeitos, conceitos acerca de psicoses e neuroses e terapêuticas empregadas.

Todos os assuntos citados foram esplanados e discutidos entre os participantes, assim como cada participante colocou experiências do seu campo de trabalho.

Apesar de não termos participado na íntegra por desconhecer a existência do curso, consideramos proveitoso, pois complementou a literatura estudada e as experiências relatadas pelos outros profissionais foram valiosas.

#### **6.11.4 - Passeio ao Shopping**

Durante a realização da oficina prevista pelo objetivo, surgiu a idéia de convidarmos os clientes para darmos um passeio no Shopping Beira – Mar. Combinamos o dia e a hora para nos encontrarmos no CAPS, já que este seria o ponto de partida. No dia marcado apareceram três clientes, sendo que tínhamos convidado sete.

Sáimos do CAPS às 9:30h e fomos caminhando pela avenida Bocaiúva em direção ao Shopping. Paramos no caminho para tirarmos fotos na Brigada Militar, pois achamos o local belo e adequado. Durante o trajeto, uma das clientes mostrou a casa onde morara há 20 anos.

Chegando ao Shopping, visitamos várias lojas, andamos de elevador e escada rolante e paramos para observar a vista da Beira – Mar Norte. Tiramos mais fotos, fizemos um lanche e encerramos o passeio.

Dois desses clientes nunca tinham visitado o Shopping, tanto que adoraram o passeio, como mostra o depoimento de N(44 anos): *Eu nunca tinha vindo aqui, achei muito bonito. Deveria ter mais passeios para a gente se distrair.*

Tivemos algumas percepções com este passeio. Percebemos o quanto o cliente com o esteriótipo de “doente mental” é marginalizado. Quando estes entravam em alguma loja para solicitar algum preço de mercadoria, a balconista olhava um pouco assustada até a entrada de alguma acadêmica. Percebemos aí como a pessoa que acompanha o cliente serve de aval de suas boas intenções. Talvez seja por isso que o próprio cliente, quando só, se afaste da sociedade, sabe pois que não é visto muitas vezes com “bons olhos” pela mesma. Às vezes, é isso que o cliente psiquiátrico precisa, ou seja, um simples estímulo, um acompanhamento por outra pessoa, para que assim possa readquirir autoconfiança, auto-respeito e amor próprio. A mesma experiência tivemos na rua, no caminho do shopping, quando olhares curiosos nos seguiam. É bem verdade que as pessoas não estão acostumadas a verem um grupo como o nosso todos os dias, mas é preciso mudar essa realidade, que o diferente seja considerado apenas “diferente” e não “anormal”.

Com a experiência do passeio, descobrimos um método terapêutico diferente e muito válido, pois achamos que foi proveitoso na medida em que, de maneira descontraída, foram abordados assuntos de relacionamento familiar e cidadania.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhemos o título de nosso trabalho “Caminhando contra o vento, sem lenço, sem documento...”, pela íntima relação que este tem com a situação do enfermo mental. De acordo com a apologia feita, imaginamos o enfermo mental “caminhando” (vivendo), “contra o vento” (contra os rótulos, estigmas impostos a ele por uma sociedade), “sem lenço” (sem o devido apoio social e, às vezes, familiar no enfrentamento desta doença), e, “sem documento” (que significa a própria perda de sua identificação, de sua cidadania).

Sendo assim, desenvolvemos nosso trabalho tentando dar um passo inicial para mudar esta realidade. Sabemos que não é fácil, porém, precisamos ter uma vontade forte e querer ultrapassar limites, mais do que em qualquer outra área, pela especificidade dos nossos clientes, onde tantas vezes ele se sente sozinho e incompreendido pelas pessoas. Para nós, acadêmicas, ficou a lição de que é possível compreendê-los e de nos fazermos compreender se insistirmos numa relação participativa.

Notamos também que o profissional desta área necessita ter uma visão aberta para as diversas vertentes que apoiam o tratamento do cliente psicótico, já que o propósito maior é o de beneficiá-lo. No nosso local de estágio constatamos que já se procura utilizar em termos de tratamento o que melhor se adapte ao cliente, embora, o tratamento medicamentoso seja ainda utilizado como um grande suporte. Mas, sentimo-nos felizes também pela compreensão e desejo da maioria dos profissionais, que lá trabalham, em buscar alternativas e proporcionar um atendimento mais humanizado. Apesar de existir uma equipe multi e interdisciplinar para a assistência do cliente psicótico, há ainda uma grande lacuna a ser preenchida nos serviços ambulatoriais. Sabe-se que a falta de recursos e incentivo é nacional em todas as áreas, mas se tratando de doença mental, as ações efetivas ocorrem muito lentamente e o CAPS trabalha com todas estas limitações.

Com a conclusão deste trabalho, podemos dizer que as atividades realizadas foram muito enriquecedoras, pois aumentaram os nossos conhecimentos profissionais e pessoais. Os objetivos propostos, praticamente foram todos alcançados, pois estavam bem definidos e ao nosso alcance.

A relação pessoa - a - pessoa, proposta por Travelbee, foi de extrema importância para a relação poder acontecer. Nós conseguimos entender que cada pessoa tem uma situação peculiar de problemas e reações frente à vida e o relacionamento que mantivemos com os clientes foi de certo modo terapêutico e cremos que houve uma mudança em nossas vidas.

Aceitar os doentes mentais e o seu comportamento é difícil e quase todas as pessoas ficam bem longe do ideal, mas devemos lembrar que todos são seres humanos e que possuem necessidades e, que acima de tudo, merecem respeito e aceitação.

Percebemos como é possível se a gente realmente tem interesse e acredita no projeto. Erramos, acertamos, mas tentamos! O que nos diz que valeu a pena foi o resultado obtido e apresentado aqui neste relatório no qual plantamos uma semente, pois fomos de certa forma como acadêmicas as pioneiras a trabalhar este tema no CAPS e foi assim um desafio, e, como é de se esperar os desafios são terapias estimulantes para nós.

Enfim terminamos a caminhada, mas com certeza, outros virão e cultivarão a semente plantada.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, Maria J. B. de. **Relacionamento terapêutico em psiquiatria**. Recife: Ed. Universitária, 1980.
- COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Tradução por Regina Schnaiderman. São Paulo: Perspectiva, 1967.
- DALLY, P. , HARRINGTON, H. **Psicologia e psiquiatria na enfermagem**. São Paulo: EPU, 1978.
- D'ANDREA, F. F. **Transtornos psiquiátricos do adulto**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil S.A, 1988.
- FENILI, Rosangela. **História da assistência psiquiátrica catarinense**. Apostila de Enfermagem Psiquiátrica II, Florianópolis, 1997. (MIMEO)
- JACCARD, Roland. **A loucura**. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de Psiquiatria: ciências comportamentais – psiquiatria clínica**. Tradução por Dayse Batista. 6ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LOUZÃ, Mário Rodrigues Souza et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MAIA, Ana R. C., CARDOSO, M. L. **Projeto de assessoria a ser desenvolvido no grupo de estudos sobre a assistência de enfermagem na policlínica de Referência Regional**. Relatório do projeto de extensão, Florianópolis, 1996. (MIMEO)
- MAUER, Suzana Kuras de. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos**. Trad. Waldemar Paulo Rosa. Campinas, SP: Papirus, 1987.
- MOREIRA, Diva. **Psiquiatria: controle e repressão social**. Rio de Janeiro: Vozes Ltda., 1983.

NETO, João Zardo et al. **Proposta da atuação em funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**, 1996. (MIMEO)

SOUZA, Herbert de, RODRIGUES, Carla. **Ética e cidadania**. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Moderna, 1994.

SPRICIGO, Jonas S. **Circuitos e motivos para primeira internação em hospital psiquiátrico**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 1984.

TAYLOR, Cecelia M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. Tradução por Dayse Batista 13<sup>a</sup> ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiátrica**. 2<sup>a</sup> ed. Colômbia: Carvajal, 1979.

USDIN, Gene, LEWIS, Jerry M. **Psiquiatria na prática médica**. Traduzido por José Luiz Meurer. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

VERDI, M. **Visita domiciliar: um método de assistência de enfermagem à família**. Apostila de Enfermagem na atenção primária de saúde, Florianópolis, 1996 (MIMEO).

WING, J. K. **Reflexões sobre a loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

**Trancar não é tratar: liberdade é o melhor remédio**. Conselho Regional de psicologia, São Paulo, 18 de maio de 1997.

**IX – ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL**  
**CENTRO DE ATENÇÃO PSICO-SOCIAL - CAPS**

BOLETIM DE TRIAGEM

NOME: .....M .G. C.....DATA NASC.....03/08/60.....

RESIDÊNCIA: .....Rua 6 de J. ....BAIRRO: .....

CIDADE: .....Bom Retiro..... ESTADO: ..S.C.....

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO: ...Mora em casa própria, de madeira, com 2 peças, água tratada e luz elétrica; casada, mãe de dois filhos, estudou até a 4ª série primária, é aposentada. A renda familiar é em torno de R\$ 240,00

QUEIXA PRINCIPAL: ....insônia, depressão, agressividade, deita-se no chão e diz que quer morrer, e diz que o seu olhar está paralisado.....

ENCAMINHADO POR: .....Clínico de sua cidade.....

BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA

INÍCIO: .....Há 19 anos atrás. Após casar-se aos 16 anos, o marido a maltratava (batia) ela ficava nervosa, agressiva, quebrava tudo dentro de casa.....

TRATAMENTOS ANTERIORES: .....Internações ..no IPQ, ISJ e Rio Mãe, em Criciúma.....

NÚMERO DE INTERNAÇÕES: .....28 internações.....

USO DE MEDICAÇÃO: .....Akineton (1 comp. de manhã e ½ comp. à tarde), Haldol (1/2 comp. de manhã e 1 de 5 mg à noite) e Amplictil 100mg (1 comp. à noite).....

DISPONIBILIDADE PARA TRATAMENTO NO CAPS:.....A princípio, a cliente só poderia vir 1 vez ao mês, já que não possui carro e depende da ambulância da Prefeitura.....

CARACTERÍSTICAS DA CRISE: ....agressividade e alucinações visuais.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES: .....Durante a entrevista a cliente repetia sempre as mesmas informações e mostrava-me o seu rosto dizendo que a sua visão estava paralisada. O esposo mostrava-se compreensivo com a cliente e contribuía com informações.....

**ESTADO DE SANTA CATARINA  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICO-SOCIAL - CAPS**

BOLETIM DE TRIAGEM

NOME: .....C. A. O.....DATA NASC.:...05/09/70.....

RESIDÊNCIA: .....Pref. R. V., 459.....BAIRRO: .....Estreito .....

CIDADE: .....Florianópolis..... ESTADO: ...S.C.....

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO: ...Casa de madeira com 5 peças; moram a mãe, filho e neto. Mãe é aposentada e recebe 2 salários mínimos.....

QUEIXA PRINCIPAL: .....Tremedeira nos pés, medo de sair de casa, pensamento confuso, tontura, insônia, dificuldade de autoorganização, apatia.....

ENCAMINHADO POR: ....Instituto São José.....

BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA

INÍCIO: .....Há 7 anos usuário de drogas (cocaína, maconha e álcool), alucinações visuais e auditivas, agressividade, chora, quebra as coisas.....

TRATAMENTOS ANTERIORES:....Tratamento para drogas (1 mês), ambulatorial no ISJ; IPQ (1 dia), Grupo de drogas da UFSC.....

NÚMERO DE INTERNAÇÕES:.....2....(Clínica para tratamento de drogas).....

USO DE MEDICAÇÃO: ...Haldol 5mg – 1 comp. pela manhã e 1 à noite; Biperideno 5mg 1 comp. por dia.....

DISPONIBILIDADE PARA TRATAMENTO NO CAPS:....Pode vir sempre que precisar, só tem dificuldade de pagar a passagem de ônibus.....

CARACTERÍSTICAS DA CRISE: ....Falta de apetite, alucinações visuais e auditivas, insônia, agressividade (quer quebrar tudo), depressão, tontura, refere uma “pressão na cabeça” .....

OUTRAS OBSERVAÇÕES: A mãe quer aposentar o C. devido as dificuldades financeiras. O cliente está sem uso de drogas há 2 meses; apresenta tremedeira nos pés, que pode ser impregnação pelo haldol. Tem dificuldade financeira para a aquisição da medicação. Marcado retorno com a acadêmica para o dia 07/05.....



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICO-SOCIAL - CAPS**

BOLETIM DE TRIAGEM

NOME: .....M. O. B. ....DATA NASC.:...07/03/49.....

RESIDÊNCIA: ...R. P. A., 387.....BAIRRO: ....Serraria.....

CIDADE: ...Biguaçu.....ESTADO: ...S.C.....

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO: ...Cliente é aposentada, recebendo R\$ 124,00 mensais; mora com a mãe e com dois irmãos em casa própria, com água, luz e esgoto. A mãe também é aposentada. Um de seus irmãos está internado no IPQ; o outro trabalha em um restaurante. Possuem uma renda mensal em torno de R\$ 500,00.

QUEIXA PRINCIPAL: .....Perda da consciência, sai sem rumo, agressividade, falta de concentração e fica com uma força incontrolável.....

ENCAMINHADO POR: .....Instituto são José.....

BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA

INÍCIO: .....Com 18 anos.....

TRATAMENTOS ANTERIORES: .....IPQ (24 internações)...e ISJ (1 internação).....

NÚMERO DE INTERNAÇÕES: ....25.....

USO DE MEDICAÇÃO: ...Carbolitium 300 mg (1 comp. de manhã e 1 à noite), Akineton 2mg (1 comp. de manhã), Amplictil 100mg (à noite), Haldol 5mg (de manhã).....

DISPONIBILIDADE PARA TRATAMENTO NO CAPS:.....Tem disponibilidade, só que não pode vir ao CAPS com frequência, pois tem dificuldades financeiras.....

CARACTERÍSTICAS DA CRISE: ...Alucinações auditivas, agressividade, perda da concentração, força.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES: ....A cliente relatou que tem dois irmãos que também apresentam problemas e que, frequentemente, estão internados. Seu avô paterno morreu no IPQ. Para a cliente a doença é provocada por espíritos.....

## **ANEXO 2**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO CLIENTE USUÁRIO DO CAPS  
CONSTRUÍDO PELAS AUTORAS**

DATA DA ENTREVISTA ..15.... / ..04.... / ..98...

HORA INÍCIO: ...8:40..... E TÉRMINO: ...9:30..... DA ENTREVISTA

NOME DO ENTREVISTADOR: ..... N. F. O. ....

**1. CARACTERIZAÇÃO DO CLIENTE:**

CLIENTE: .....I. M. S.....

NÚMERO REGISTRO: ..0000..... SEXO: FEMININO..... IDADE: ..29 anos.(04/06/68).....

SITUAÇÃO CONJUGAL: .....SOLTEIRA.....

NATURALIDADE: .....GOIÁS.....

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Kitinete do Paulo., Rua M. R.,54.....

PONTO DE REFERÊNCIA: próximo à padaria (não lembra o nome).....

TEMPO DE TRATAMENTO INSTITUCIONAL: 10 dias .....

**2. ETIOLOGIA:**

a) QUAIS OS SINTOMAS QUE VOCÊ SENTIU ANTES DE PROCURAR RECURSOS?

Stresse, depressão, anorexia, insônia, ouvia vozes, mudava repentinamente de idéia.....

b) QUANDO INICIOU?

Há três meses atrás.....

c) COMO INICIOU?

Quando ficou sem chefe no seu local de trabalho, se sentiu com muita responsabilidade, todos a procuravam para resolver os problemas do local. Ela diz que cobra muita perfeição de si e dos outros no trabalho.....

d) A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSES SINTOMAS?

Ao excesso de responsabilidade no trabalho.....

e) QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DE DOENÇA MENTAL?

.....É ocasionada pelo stress.....

f) QUAL O PRIMEIRO RECURSO UTILIZADO?

Igreja Universal, aconselhada por amigos.....

g) BUSCOU MAIS ALGUM? QUAL?

Centro Espírita para receber passe (Se sentia confusa em relação a origem de sua doença).....

h) JÁ ESTEVE INTERNADO? QUANTAS VEZES? AONDE?

.Sim. 1 vez...no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ).....

i) O QUE ACHOU DO TRATAMENTO RECEBIDO DURANTE A INTERNAÇÃO?

Achou muito bom. Achou que foi válido porque melhorou.....

j) O QUE ACHA DO TRATAMENTO RECEBIDO NO CAPS? (SE JÁ É USUÁRIO)

.....

.....

l) MEDICAÇÃO QUE FAZ USO.

HALDOL, NEOZINE.....

#### **SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA:**

GRAU DE INSTRUÇÃO: ....2º grau completo.....

OUTROS CURSOS: Datilografia, fez 4 meses de computação.....

OCUPAÇÃO: Balconista (Há três anos) do Departamento de Frios.....

LOCAL DE TRABALHO (SE HOUVER): Supermercado Imperatriz Av. Mauro Ramos.....

RENDA MENSAL APROXIMADA: .....R\$ 309,00.....

RESIDE COM QUEM: Com uma amiga.....

QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ? 1.... QUEM SÃO? Amiga do trabalho.....

.....

OCUPAÇÃO DOS MEMBROS: .....

.....

RENDA MENSAL TOTAL: R\$ 309,00.....

CONDIÇÕES DE MORADIA: Mora em kitinete com 3 peças Sala/quarto, cozinha e banheiro.....

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO CLIENTE USUÁRIO DO CAPS  
**CONSTRUÍDO PELAS AUTORAS**

DATA DA ENTREVISTA :13..... / ...04...../ .....98.....

HORA INÍCIO: ...8:35..... E TÉRMINO: ....9:20..... DA ENTREVISTA

NOME DO ENTREVISTADOR: .....S. A. S. ....

**1. CARACTERIZAÇÃO DO CLIENTE:**

CLIENTE: .....A. G.....

NÚMERO REGISTRO: .....SEXO: .....Feminino..... IDADE: ....28 anos.....

SITUAÇÃO CONJUGAL: .....Solteira (tem 1 filho de 7 anos).....

NATURALIDADE: .....Chapecó (Mora há 4 anos em Florianópolis).....

ENDEREÇO RESIDENCIAL: ...Av. das R., 791.....

PONTO DE REFERÊNCIA: .....JURERÊ Internacional.....

TEMPO DE TRATAMENTO INSTITUCIONAL: .....10 anos.....

**2. ETIOLOGIA:**

a) QUAIS OS SINTOMAS QUE VOCÊ SENTIU ANTES DE PROCURAR RECURSOS?

...Medo, insônia, agressividade, ansiedade, cisma, mania de perseguição, desorientação autopsíquica.....

b) QUANDO INICIOU?

....Aos 18 anos (Há 10 anos).....

c) COMO INICIOU?

.....Saía muito, brigava com a mãe, agressividade, perdia o controle, chorava, afirma que ninguém a ouve.....

d) A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSES SINTOMAS?

...Está bem no emprego e daqui a pouco, fica muito mal, perde emprego.....

e) QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DE DOENÇA MENTAL?

.....Acha que não tem com quem desabafar o que sente, sente necessidade de alguém para conversar, como um.....psicólogo.....

f) QUAL O PRIMEIRO RECURSO UTILIZADO?

.....Psiquiatra em Chapecó, após recebeu medicação injetável e era encaminhada para internação.....

g) BUSCOU MAIS ALGUM? QUAL?

.....Centro Espírita (1998) Não acredita.....

h) JÁ ESTEVE INTERNADO? QUANTAS VEZES? AONDE?

.....Sim. IPQ (2) 22/03 a 31/03, ...ISJ (1).....

i) O QUE ACHOU DO TRATAMENTO RECEBIDO DURANTE A INTERNAÇÃO?

.....Péssimo, várias pacientes misturadas, sentia medo das agressividades e das brigas.....

j) O QUE ACHA DO TRATAMENTO RECEBIDO NO CAPS? (SE JÁ É USUÁRIO)

.....

.....

l) MEDICAÇÃO QUE FAZ USO.

..HALDOL 5 mg. 1 comp. à noite., Neozine 25 mg. ½ comp. à noite, AKINETON ½ comp. de manhã.....

### 3. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA:

GRAU DE INSTRUÇÃO: .....2° ..incompleto.....

OUTROS CURSOS: .....Datilografia, auxiliar de escritório, telefonista, informática básica.....

OCUPAÇÃO: ..Balcônista (trabalha em Padaria).... 10 hs. De trabalho.....

LOCAL DE TRABALHO (SE HOUVER): ..Padaria Cia. Dos Pães.....

RENDA MENSAL APROXIMADA: .....R\$ 350,00.....

RESIDE COM QUEM: .....Com colegas.....

QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ? ..2..... QUEM SÃO? N. e N.....

.....

OCUPAÇÃO DOS MEMBROS: .....Trabalham na Padaria.....

.....

RENDA MENSAL TOTAL: .....R\$ 350,00.....

CONDIÇÕES DE MORADIA: .....Apto. 1 quarto, sala, cozinha, banheiro.....Alugado (R\$ 350,00).....

Tem 2 irmãos H solteiro M casada      Pai faleceu há 1 ano e 4 meses.

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO CLIENTE USUÁRIO DO CAPS  
CONSTRUÍDO PELAS AUTORAS**

DATA DA ENTREVISTA :28..... / ...04...../ .....98.....

HORA INÍCIO: :9:45..... E TÉRMINO: .....10:30..... DA ENTREVISTA

NOME DO ENTREVISTADOR: .....C. E. B.....

**1. CARACTERIZAÇÃO DO CLIENTE:**

CLIENTE: .....M.O.B.....

NÚMERO REGISTRO: .....3123.....SEXO: ....Feminino..... IDADE: ....49 anos.....

SITUAÇÃO CONJUGAL: .....Separada judicialmente.....

NATURALIDADE: .....Lauro Müller.....

ENDEREÇO RESIDENCIAL: ...Rua P. A., 398 – Serraria - Biguaçu.....

PONTO DE REFERÊNCIA: .....Restaurante J.....

TEMPO DE TRATAMENTO INSTITUCIONAL: ....21 anos.....

**2. ETIOLOGIA:**

**a) QUAIS OS SINTOMAS QUE VOCÊ SENTIU ANTES DE PROCURAR RECURSOS?**

....Perdia a consciência, saía sem rumo, ficava agressiva, possuía uma “força anormal”, falta de concentração,.....

**b) QUANDO INICIOU?**

..... Com 18 anos.....

**c) COMO INICIOU?**

.....Só se lembra que começou a não ter consciência do que estava fazendo, quando voltava a si, já era tarde.....

**d) A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSES SINTOMAS?**

.....É de família (avô paterno morreu na Colônia; também tem dois irmãos que têm problemas e freqüentemente estão internando).....

**e) QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DE DOENÇA MENTAL?**

.....Acha que são espíritos que tomam conta do corpo da pessoa.....

f) QUAL O PRIMEIRO RECURSO UTILIZADO?

.....Médico (internação).....

g) BUSCOU MAIS ALGUM? QUAL?

.....Sim. Curandeiro, benzedeira, e diversos chás (melissa, erva-cidreira, etc).....

h) JÁ ESTEVE INTERNADO? QUANTAS VEZES? AONDE?

.....Sim. 25 vezes: 24 internações no IPQ. E 1 no Instituto São José.....

i) O QUE ACHOU DO TRATAMENTO RECEBIDO DURANTE A INTERNAÇÃO?

.....No IPQ o remédio era muito forte; No ISJ achou bom.....

j) O QUE ACHA DO TRATAMENTO RECEBIDO NO CAPS? (SE JÁ É USUÁRIO)

.....

.....

l) MEDICAÇÃO QUE FAZ USO.

.....Akineton 2mg (1 comprimido de manhã); Carbolitium 300mg (1 comprimido de manhã e 1 à noite); Amplictil 100mg (1 comprimido à noite) e Haldol 5mg (1 comprimido de manhã).....

### 3. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA:

GRAU DE INSTRUÇÃO: .....Analfabeta.....

OUTROS CURSOS: .....Não tem.....

OCUPAÇÃO: .....Aposentada em decorrência da doença.....

LOCAL DE TRABALHO (SE HOUVER): .....

RENDAMENTO MENSAL APROXIMADO: .....R\$ 124,00.....

RESIDE COM QUEM: .....Com a mãe .....

QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ? ...3..... QUEM SÃO? ..a mãe e dois irmãos.....

.....

OCUPAÇÃO DOS MEMBROS: .....Mãe e um irmão são aposentados, um irmão trabalha em um restaurante.....

RENDAMENTO MENSAL TOTAL: .....Em torno de R\$ 500,00.....

CONDIÇÕES DE MORADIA: .....Residência própria, pavimento térreo é de alvenaria, parte superior é de madeira possuindo água, luz e esgoto.....



## **ANEXO 3**

A descrição relata a visita realizada à Sra. Z. M. M. , 42 anos.

Eu: Boa tarde Dona Z. ! Como vai a senhora?

Ela: Oi! Que bom que você veio! Eu já estava esperando. Esta é a minha filha (apontando para uma adolescente que deveria ter em torno de 15 anos).

Eu: Oi! Como vai?

Adolescente: Eu estou bem. Está tudo bem.

Eu: Como é seu nome?

Adolescente: Meu nome é G.

Eu: Meu nome é N. sou estudante de enfermagem e estou fazendo um estágio lá no CAPS onde a sua mãe está se tratando.

G (adolescente): É, a minha mãe já me falou (e logo saiu da sala, indo para outro cômodo da casa).

Eu: Dona Z. se a senhora quiser que a G. participe da nossa conversa ou outro membro da família não tem problema nenhum, eles podem participar.

Ela: Não, acho que a minha filha não quer e o meu marido está trabalhando...

Eu: O que ele faz?

Ela: Ele trabalha numa gráfica e só chega à noite, eu também tenho mais duas filhas, mas são casadas e moram nesta mesma rua.

Eu: Como a senhora tem passado desde a nossa última conversa?

Ela: Olha, eu estive melhor, tem dia que estou bem boa, parece que até não tenho nada, mas tem dia que meus Deus! Até aquele dia que eu fui lá no médico eu estava bem atacada, aí eles me disseram que o médico não vinha, me deu um desespero! Eu tive vontade de chorar, chorar... Eu pensei, meu Deus do céu, naquele dia estava chovendo tanto, tanto... que eu só fui porque eu era obrigada, pois eu estava sem remédios.

Eu: Mas o que eles disseram para a senhora?

Ela: Eles falaram que o médico estava doente. Eu não falei nada, só disse: Eu venho amanhã de manhã. E a funcionária disse para mim: - A senhora vem amanhã de manhã ou terça- feira, aí eu disse: Não eu venho amanhã porque eu tô sem remédio, até pedi prá ela se não tinha alguém que pudesse dar a receita, mas ela disse que não tinha, então eu falei: Eu venho amanhã, só que eu tava tão ruim que nem perguntei o horário.

Eu: Mas Dona Z. exatamente como a senhora estava se sentindo?

Ela: Assim... nervosa, uma coisa ruim dentro de mim, uma vontade de chorar, aí eu cheguei em casa e disse Meu Deus, eu não perguntei a hora para mim ir, ela só disse que era de manhã.

Eu: Mas a senhora poderia ter ligado. A senhora tinha o número do CAPS?

Ela: Eu tinha sim e liguei para lá e fui no dia marcado.

Eu: Neste dia quem atendeu a senhora, foi o Dr. M. mesmo?

Ela: Foi, ele me atendeu, me deu a receita para comprar os remédios, mas neste mesmo dia não prestei mais, a minha cabeça parecia que ia estourar. Cheguei em casa e não falei com ninguém, entrei no quarto e fiquei a tarde todinha lá. Aí no outro dia de manhã eu acordei com vontade de pegar umas roupas, botar numa bolsa e sair... E quando chegou de noite, eu falei para o meu marido e ele disse: - O que é que tu tens, mulher? Eu disse: - Eu não sei. Aí ele falou: - Credo, estás ficando doida! E eu disse: Ah! Não sei, é problema mesmo. Aí eu chorei bastante e no outro dia já comprei o remédio, tomei e já comecei a melhorar de novo.

Eu: Dona Z. a senhora chegou a conversar com o Dr. M. no dia da consulta sobre o que a senhora estava sentindo?

Ela: Não, ele só trocou a receita porque tinha muita gente, eu fui quase a última, ele me atendeu e marcou retorno.

Mas depois eu fiquei desesperada porque eu conversei com uma pessoa e ela me disse: - Ah! Esse problema de depressão não tem cura, aí eu vim para casa pensando, meus Deus! Então vou ficar assim toda vida, não vou mais ficar normal e fiquei mais apavorada ainda.

Eu: Dona Z. embora as pessoas tenham doenças parecidas existem muitas coisas envolvidas no tratamento que podem determinar um prognóstico bom ou ruim, ou seja uma perspectiva de melhora ou não e como a senhora me falou antes, a senhora demorou muito tempo para procurar um profissional especializado para iniciar o tratamento, isso pode ter prejudicado um pouco. Eu sei que é difícil, mas a senhora deve se esforçar pra ter um pouco mais de paciência em relação ao tratamento. Em algumas pessoas a melhora ou cura do problema pode demorar mais ou menos.

Ela: Por enquanto se eu deixar de tomar o remédio, eu não me controlo, à noite mesmo eu não durmo, às vezes eu tomo até o remédio duas vezes porque não lembro se já tomei.

Eu: Dona Z. a senhora pode resolver este problema fazendo uma tabela com o nome do remédio e o horário a ser tomado, deixando a tabela fixada na geladeira e cada vez que o remédio for tomado a senhora assinala um X naquele horário (eu e a cliente confeccionamos uma tabela).

Ela: A minha vizinha esses dias me visitou e falou assim: - Z. levanta a sua cabeça mulher, você tá tomando esses remédios fortes, levanta e bota na sua cabeça que tu não tens mais nada. Eu disse para ela: - Não é fácil, vontade a gente tem, mas não tem jeito.

Eu: É que é difícil para as pessoas compreenderem já que não se trata de um problema físico, as pessoas acham que talvez baste que a pessoa que esteja sofrendo passe a reagir que as coisas começam a melhorar, mas isto talvez seja como mandar uma pessoa com a perna quebrada a sair pela rua sem ajuda.

Ela: É eu disse para ela que só quem já passou por isso é que sabe. Porque eu nunca tinha passado e quando alguém em falava em depressão eu ficava imaginando como era. E quando eu comecei assim eu chorava por qualquer coisa e as pessoas me perguntavam porque eu chorava, eu dizia: eu não sei, eu nem mesmo sei o que está acontecendo comigo. Até que um dia um professor sentou comigo e disse: - Z. você tem que procurar um médico.

Eu: E depois que a senhora iniciou o tratamento como a senhora se sentiu?

Ela: Quando eu estou tomando os remédios me sinto melhor.

Eu: É Dona Z. o medicamento neste estágio em que a senhora está agora em que não sente vontade de fazer nada e chora facilmente é muito importante, pois ele serve como um bom apoio. Hoje sabe-se que em nosso cérebro existem substâncias químicas que são os neurotransmissores, e quando estas substâncias estão “em equilíbrio” as nossas emoções também se equilibram. Dona Z. isto que estou falando não é de forma alguma tudo sobre o sofrimento mental, é só para ilustrar um pouquinho a importância dos remédios. Os antidepressivos atuam regularizando as substâncias químicas do cérebro. Hoje, por exemplo, tem uma substância cerebral muito famosa, é a serotonina, a senhora já ouviu falar dela?

Ela: Já ouvi sim.

Eu: E o que a senhora ouviu sobre ela?

Ela: Ah! Não lembro, eu vi na televisão, mas não lembro.

Eu: A serotonina é responsável pela transmissão dos impulsos nervosos no cérebro e a falta ou excesso dela também pode estar por trás da depressão, da insônia e da ansiedade. Dona Z. mas muitas vezes o remédio não basta, algumas vezes o cliente também deve trabalhar a parte

emocional para saber a origem do sofrimento mental. Eu acredito que na próxima consulta o Dr. M. deverá conversar mais com a senhora e também uma enfermeira a acompanhará, e se for o caso de se perceber o caso de um psicólogo para que a senhora trabalhe algumas questões, o encaminhamento será feito.

Ela: Eu estou muito preocupada em relação ao meu serviço, tenho medo que a próxima vez que eu for no médico ele me mande trabalhar e eu não quero nem ouvir falar nisso. Por enquanto eu não quero nem passar na frente de lá (do local do serviço), eu tô apavorada com isso, eu não sei como isso foi acontecer, eu gostava muito do meu serviço.

Eu: Dona Z. a maior parte das pessoas que se encontram num estado de depressão como a senhora não gostam mais das atividades que realizavam antes, mas isto é próprio da doença. A senhora fique tranqüila que o médico muito provavelmente não irá liberá-la para o trabalho, isso só irá acontecer quando ele perceber que a senhora se encontra em condições de voltar ao trabalho. Dona Z. a senhora relatou para mim no nosso primeiro encontro que começou a ficar doente logo depois da cirurgia (histerectomia total).

Ela: É foi.

Eu: A senhora percebe alguma relação da cirurgia com a sua doença mental? Ou seja, o que a senhora sentiu quando soube que iria retirar o útero, ovários e trompas, o que isto representou para a senhora?

Ela: É, eu fiquei meio assim... e perguntei: Doutor, por que isso? Eu até já imaginava, porque eu tinha uma colega que fez essa cirurgia e ela estava com começo de câncer. Mas aí o médico disse que o meu problema não era esse e eu fiquei naquela dúvida, mas depois num outro dia ele me falou a verdade. Mas depois de realizada a cirurgia eu fui enfraquecendo e lá no trabalho as colegas me perguntavam assim: - Z. como é que você se sentiu sabendo que foi tirado tudo, eu disse: olha eu me senti a mesma coisa para mim não foi tirado nada, claro que a única coisa que eu enfraqueci, eu sinto que não fiquei mais com aquele ânimo que eu tinha antes, não posso mais pegar peso, para o trabalho não fiquei mais a mesma, mas no resto...

Eu: E como mulher como a senhora se sentiu?

Ela: Como mulher, nas relações sexuais eu mudei um pouco também, não muito, mas eu perdi um pouco a vontade.

Eu: A senhora conversou sobre isso com o seu ginecologista, por acaso ele falou de reposição hormonal com a senhora?

Ela: Sim, eu fiz uns exames para dosar os hormônios, e então ele me passou uma medicação à base de hormônios e hoje está tudo bem.

Eu: Dona Z. ainda temos muito que conversar, mas daremos continuidade à nossa conversa num próximo encontro e se por acaso, eu já estiver terminado o meu estágio no CAPS, a senhora ficará encaminhada para um outro profissional.

Ela: Então está bem, foi muito bom você ter vindo aqui, me fez muito bem ter conversado com você.

A seguinte relata a conversa entre uma acadêmica e a Sra. V. H.

Após solicitar a permissão para a gravação da visita temos:

V - ... A gente fica tão nervosa, tão revoltada quando eu fiquei sabendo...

S - Ele estava sozinho?

V - Não, a filha dele, ele só tem uma filha e um filho, meu genro trabalha, né, aí um casal estava levando eles para casa e quando chegou pra cá da Fazenda do Max, um cara cortou a frente e o carro com cinco pessoas caiu num beiral não sei se tu sabe, lá naquele viaduto não tem uma altura ali pra baixo?

S - Ah! Sim.

V - Quem vai daqui, faz uma volta ali em cima. Às vezes eu passava eu dizia pro meu filho assim porque ali tava um pouco, e estava perigoso, um dia alguém vai cair ali, e foi ali que eles soltaram o carro. E o cara cortou a frente e eles tentaram tirar o carro fora e daí foram ali para baixo e a minha netinha de quase doze anos viu que o carro ia bater...

S - Que idade ela tem?

V - Tem quase doze anos... O carro jogou os dois para fora, meu genro abraçou ela e eles foram rolando, rolando e foram cair dentro de uma laje de concreto dentro de um buraco e ele caiu em cima da menina e ela levou quatro horas de operação no hospital infantil e tiveram que colocar uma dreno aqui (mostrando o local) para tirar a sujeira do pulmão, mas tá fora de perigo agora, meu genro ficou no hospital desde as dez horas da noite.

S - Que hospital?

V - No Regional, ficou na maca com dor, dor, que ele tinha tomado um pouco de uísque e não pegou a anestesia.

S - Mas não era ele que estava dirigindo, né?

V - Não, era um casal amigo dele e tinha uma criança junto na frente, mas eles não se machucaram.

S - E o motorista tinha bebido?

V - Não, o cara que cortou a frente era o culpado, eles tiveram que desviar para não bater. Por isso que eu te digo, que esse negócio de passar para frente é o que mais dá acidente hoje em dia. Pode ver, naquela ponte que a gente atravessa daqui para lá também acho que tem muito perigo ali porque ali não tem fiscalização e eles ultrapassam ali em cima da ponte. Dá até um pouco de medo. Até nós estava falando sobre isso ontem à noite. Na ponte não podia transpassa na ponte e eles ficam até apurando o motorista prá passar. Eu já vi isso, meu Deus ali se o motorista dá uma burrada ou qualquer coisa, cai dali é um perigo uma coisa dessa. Eu acho assim que tem que ter uma fiscalização na ponte, porque na ponte não tem nada que transpassa. Chego mais cedo ou mais tarde, mas não tem nada que transpassa em cima da ponte, por que ele não tem certeza também. Nesse lado aqui não tem.

S - É...

V - Eles vão indo, vão indo, às vezes, ficam até meio sufocado porque os outros querem transpassa, que ir prá frente. Olha, eu acho que os acidentes acontecem por causa que eles não tem cuidado também.

S - Mas eles estão bem agora?

V - Tão bem graças a Deus, mandei rezar tanto por eles.

S - E não sabe quando vão ter alta?

V - Não, eles já tão em casa agora.

S - Ah! Já estão em casa.

V - Sábado a minha neta saiu do hospital infantil e o meu genro também.

S - Já faz uma semana então que saíram.

V – Daí terça-feira ele foi pra maca, problema é que não tinha cama, aí ele foi para cama, confortável aí começou a passar as dores, não podiam dá remédio prá ele, porque como eu já te disse, da bebida, né? Ele tinha tomado um pouquinho, não muito, meu genro não é de tomar muito, ele é trabalhador, tu vê aquele puxadinho ali, foi ele quem fez.

S – Ele é pedreiro?

V – Ele é assim bondoso, não é que é pedreiro, mas ele ajuda na família. Quando eu vi o meu genro rindo e a minha netinha, pra mim foi a maior felicidade porque Deus o livre, a gente não tá livre de morrer porque a gente vai morrer um dia, mas eles são novo, bastante tempo de vida, ninguém espera, só que em um ano ela não vai mais poder pegar sol porque vai ter que fazer plástica no rosto, depois, até as "visita" dela tavam cheia de areia, uma tristeza né?

S – Mas tudo agora se conserta.

V – É, nós ficamos doente, a nossa família ficou doente.

S – Por isso que a senhora não veio à consulta?

V – Eu não fui na consulta a por causa disso e outra que eu tenho medo de passar, não é mentira, só que as consulta tem que ser bem variada para gente passar um tempinho, eu um medo de passar antes pra cá do INPS, não tem aquele passa carro daqui, passa carro de lá, passa dali eu tenho medo de passa ali guria, uma vez eu quase fiquei embaixo do carro.

S – Mas dona V. é uma sinaleira que passa carro de um lado, de outro e tem um momento que fica verde o bonequinho para o pedestre passar.

V – Mesmo assim, uma vez, esse aqui era mais pequeno, a minha nora morava aqui, agora não mora mais, quando ela ganhou a primeira menina ela nem morava aqui eles tavam construindo a casa eu fui lá na maternidade para ver ela, ô guria, quando eu chego assim o taxista tava assim, ele mandou passar e eu não vi o cara de trás, olha, ele passou um tantinho assim de mim eu levei um susto, aquela rua Deus que me perdoe eu tenho um medo, medo, eu penso assim, se a gente der uma burrada, que Deus o livre...

S – É, mas tem que esperar ficar verde.

V – É, mas se a gente não tem paciência.

S – Ah, bom, aí...

V – Eu tenho muita paciência, mas quem não tem é tão perigosa aquela rua.

S – Mas, aí a gente marcou essa consulta porque a gente precisava acompanhar a senhora.

V – É, mas sabe que eu tô boa, aquele remédio que eu falei que eu achei a receita, é o meu remédio, e o remédio que cinco anos eu não precisei mais me internar lá. Então eu tomo ele de noite agora daí eu durmo, como hoje acordei nove horas. Interessante meu Deus, eu nunca durmo até esse horário. Não sei porque, por causa da chuva né?

S – Pode ser.

V – A chuvinha, é tempo bom para dormir... Daí eu pensei hoje de manhã para mim meu Deus, que coisa, nove horas e eu na cama.

S – Ah! Mas de vez em quando...

V – Quando eu vi que era nove horas eu não quis acreditar.

S – De vez em quando é bom dormir um pouquinho mais.

V – Eu não sou de ficar na cama, mesmo que não tem nada pra fazer, eu levanto cedo, eu gosto.

S – E que horas a senhora vai dormir geralmente?

V – Eu durmo muito cedo, quando nós assistimos a, não tem a, como é o nome R.? Aquela uma?

R – Márcia.

V – Márcia. Olha a Márcia, passou ontem uma história não sei se tu visse.

S – Não, eu não vi.

V – Ah! Passa cada drama. Passa cada história das pessoas. É um absurdo! Problemas né, que tem, então passa cada coisa...

S – Então depois da Márcia a senhora vai dormir...

V – Tinha um casal, o rapaz arrumou uma amante e a amante teve um filho, aí, tá gravando né?

S – Não faz mal, pode falar...

V – E ele não queria mais ela, voltou para esposa, olha gurria, essa gurria, falou tanto, ele tava dando uma pensão e tudo, tu vê. Até chegou a apanhar lá no programa. Mas ela chegou a agredir a esposa dele.

S – Puxa, que vergonha!

V – A gurria é safada mesmo, Deus que me perdoe, né, coitada da mulher dele... Olha eu não sou assim, caso fosse comigo eu passava a mão num pau...

Risadas.

S – Esse programa...

V – E ela foi tentar a mulher do outro lá na casa dele. A gente passa cada absurdo.

S – Vai lá que quer.

V – Eles pensam que vai endireitar alguma coisa, piora mais ainda.

S – Acabam brigando mais ainda.

V – Eu acho um absurdo esses dias tinha uma mãe que tava cuidando de uma netinha e quando a mãe queria a filha, a vó não queria dar né? Então tava aquela brigaçada entre a mãe e a filha e eu já penso diferente o meu filho mais velho se criou com a minha avó, com a minha avó não, com a minha sogra porque ele ficou mais com ela do que comigo e ela até, vou te mostrar a foto, ela é velhinha, ela tinha oitenta, não, noventa e dois anos quando morreu; para mim ela era uma mãe, essa senhora aqui (mostrando a foto) e esse é meu filho mais velho, essa é a mulher dele; então tu vê, ela criou meu filho maior parte, depois esse aqui virou bisneto então ela era assim, velhinha quando morreu...

S – E aqui, quem é essa menina?

V – Essa aqui é filha do V. que ela criou.

S – Do mais velho.

V – E esse aqui é o filho mais galego, tu vê a diferença né? E essa menininha é filha dele e essa também, tu vê que bonitinha. Esse aqui é muito trabalhador. Todos eles são. Essa é mulher dele aqui ó.

S – Como é que foi o dia das mães?

V – Foi bom né, porque nós passamos tudo junto o meu genro já estava melhor. Tá em observação por causa do pulmão né?

S – Mas ela já tirou o dreno?

V – Já, quando saiu do hospital, né, mas só que estava com uma tosse muito forte, final de semana não pude ir lá ainda porque a gente às vezes tem serviço né? Talvez eu vou semana que vem lá ainda. Então dia das mães a gente passou tudo lá né? A gente não passou muito contente porque eles estavam desse jeito daí também é muito triste. Pior coisa é a doença por causa dessas coisas, né?

S – E ninguém espera.

V – Agora eu tô trabalhando, tô contente não tem mais nada daquele negócio que aconteceu comigo aqui. E eu pensando que tinha gente morta aqui.

S – Mas já faz um tempo, né?

V – Eu sei, mas quando deu problema em mim. Como é que pode, na minha mente era verdadeiro, na minha mente isso era verdade, eu não sei como é que pode passar isso na minha

cabeça guria. Quando dá isso, tu visse o buraco que eu fiz lá na parede eu dizia que tinha gente ali dentro, coisa que não existe.

S – Onde?

V – Eu vou mostrar pra ti quer ver, eles dizem que eu cavava. Eu fazia um buraco e queria tirar, para mim tinha alguém morto ali dentro enterrado. Mas é mentira, não tinha nada disso. Mas na minha cabeça quando eu tava assim... pra mim a pia era aqui em cima, e agora que eu tô boa tá lá embaixo, tu vê, aí que absurdo, né? Eu, olha, sinceramente... fui cavar lá na frente, tomei vinho pra poder cavar lá na frente que eu dizia tinha gente morto lá na frente. Dia de chuva. No carnaval foi isso. Como pode uma coisa dessas.

S – A falta da medicação pode iniciar uma crise.

V – Uma vez deu em mim que eu estava internada no manicômio quando deu a primeira vez, eu fiquei assim, eu olhava os aviões e dizia que eu ia ganhar dinheiro do avião, eu não tô mentindo. Lá quando eu tava internada pra mim era um horror.

S – Mas isso já passou, dona V, tem que pensar daqui pra frente.

V – Mas eu me lembro assim eu tô boa, como é que pode, isso pra mim foi um horror. Eu tinha medo, medo...

S – Como a senhora está tomando a medicação?

V – Eu tô tomando o mesmo remédio. Eu tinha anemia.

S – Está tomando o Sulfato Ferroso?

V – Tô, tomei ontem a noite. Eu fiz uns exames.

S – Pois é, a médica quer ver o resultado para ver se de repente troca a medicação por outra.

V – Eu to tomando um remédio muito bom pra tirar a dor.

S – Quais são os remédios que a senhora está tomando?

V – Esse aqui ó. Esse aqui é pra dor aqui ó (mostrando a cabeça). Uma mulher trouxe mais lá da Colônia pra mim que é o remédio que era da receita. Estou tomando esse e esse quando tem dor.

S – Esse aqui tem pouquinho né? (mostrando o Neozine)

V – Não, ainda tem caixa desse.

S – Esse é quanto?

V – Esse é um às oito horas. Esse aqui foi tirado pra tomar esse. (indicou o Orap que foi trocado por Clorpromazina).

S – Esse aqui a senhora não está mais tomando?

V – A médica psiquiatra tirou.

S – Tá tomando esse aqui... (Neozine)

V – Esse eu tomo meio à noite, que ele é muito forte. Senão eu não acordo. Vê, hoje acordei às nove horas. Que eu tomei o remédio.

S – Mas, não deixa acabar esses remédios.

V – Não, não pode faltar. Até o médico, quando achei a receita e disse que cinco anos não tive mais nada, ele pegou a receita desse remédio, esse remédio me faz bem.

S – Agora quanto a anemia, como a senhora está se alimentando?

V – A minha filha fez aquela garrafada de ovo de pato, agora eu tô emagrecendo. Já emagreci cinco quilos, é bom emagrecer.

S – Emagrecer é bom, mas o problema é que o sangue tá fraquinho, digamos assim. Está aqui o hematócrito tá em trinta e um e o valor normal é de trinta e seis à quarenta e sete.

V – É?

S – Hemoglobina que leva o oxigênio para dentro da célula, tá em nove vírgula nove, e o valor normal é onze vírgula cinco, tá um pouquinho baixo.

V – É por causa da anemia né?



S – A senhora deveria comer feijão, beterraba, fígado...

V – Fígado eu não estou encontrando.

S – Fígado é bom até para o seu filho que está em fase de crescimento, quanto prá senhora. Laranja, banana, maçã, bastante frutas, verduras como espinafre, rúcula, brócolis, alface, tudo o que for de cor escura tem ferro e bastante vitaminas.

V – Eu tô assim agora com um pouco mais de apetite porque a minha filha fez essa garrafada de remédio, eu não tava comendo quase nada, só líquidos.

S – Então a senhora poderia fazer uma sopa com cenoura, batata, feijão. Feijão a senhora não come?

V – Eu gosto de comer feijão só do dia que eu cozinho.

S – Sim, então faz um feijãozinho de vez em quando...

V – É, mas tá indo, né? Mas, eu emagreci, mas tenho que emagrecer muito mais porque a gordura também atrapalha por causa do peso.

S – Mas prá emagrecer não adianta deixar de comer...

V – Não, tem que controlar, não comer muita gordura. Hoje eu mandei comprar nata e pão essas coisas assim eu gosto, né, aí eu já tomei um cafezinho bom.

S – Um café assim já ajuda.

V – Eu plantei uns alfaces, prá fazer uma saladinha.

S – A senhora podia plantar também outras coisas como vagem por exemplo.

V – É, eu planto lá pro mês de agosto que é o mês de plantar. Agora quando chega o mês de outubro eu já começo a plantar milho.

S – Aqui dá milho?

V – Pois então, todo ano nós comemos milho.

S – Que bom né?

V – Bom. Mas tem que cuidar. Quem cuida da planta tem. Fazendo uma comparação, nós somos igual uma planta, se nós não tiver quem cuida, como é que fica? Nossa vida? Assim é a planta, se eu não cuidar, deixar o mato tomar conta, o que ia dar? Eu acho tão lindo assim tudo limpinho, nós fomos criados na roça, eu não posso ver um quintal com mato. Eu gosto da casa, eu tô quatorze anos morando aqui dentro, só saio prá ir no médico, na casa de um filho e lugar de diversão é difícil.

S – A Sra. não tem um grupo de amigas?

V – As minhas amigas são as que fazem costura aqui, vem me visitar, e as amigas de igreja que eu gosto de ir à igreja. Eu gosto mais de igreja do que programa de diversão.

S – A igreja é aqui perto?

V – É aqui perto. Eu gosto mais de igreja do que programa de diversão. A noite nem se fala, não vou. Se um dia eu fui, eu já me arrependi, não tô mais com isso.

S – Mas por que a Sra. acha que não pode mais ir?

V – Não é que eu não posso mais ir. É que eu tenho medo de problemas. A gente pode às vezes ir prá lá e buscar um problemas prá cima da gente, então é melhor ficar dentro de casa. Eu gosto de ir à igreja, ficar ali rezando, faz mais bem prá gente. Eu acho que tem pessoas que tem problemas e passam prá gente. É bom numa parte, mas não na outra é perigosa.

S – Também depende do lugar em que se vai.

V – É, tem lugar que é bom e tem lugar ruim. Eu evito, eu tenho é mais que cuidar dos meus filhos. Quando eu fiquei sozinha cuidando dos meus filhos ele saía de casa prá bagunça. Aí eu me separei e acabou a folia e pronto.

S – Foi por causa disso que a Sra. se separou?

V – Porque quando ele saiu de casa ele foi embora. O meu mais novo tinha três anos quando ele saiu. Esse aí (mostrando o filho caçula), veio depois, de uma outra pessoa, mas eu nunca vivi com essa pessoa, até nem tenho mais nada com ele. Ele nunca me ajudou. Não é que eu não gostei dele, eu gostei mas eu acho assim, se ele não ajuda o filho, ele não merece a minha casa e entrá na minha casa. Quem ajuda é os meus filhos.

S – E onde é que ele mora?

V – Ele mora lá prá Palhoça, ele tá morando com outras mulher assim né, com uma mulher aqui, outra lá, ele é muito bagunceiro, aí não tem condição, Deus o livre morar com um homem desses, eu não quero mais.

S – Mas ele não se dá com o filho?

V – Eu penso assim, quando esse casar (apontando pro filho) eu penso se eu tiver saúde e condição eu quero arrumar uma pessoa direita, uma pessoa que não tem outra mulher, uma pessoa honesta.

S – Um companheiro...

V – Eu sou uma pessoa que passo por esses problemas mas eu sou uma pessoa dona-de-casa, faço tudo direitinho, tudo arrumadinho, minha casa é velha mas tá tudo arrumadinho. Então eu não sou uma pessoa que incomoda os outros, eu fico dentro de casa o dia todo. Se eu saio é para ir na casa de uma filha ou vou lá fazer uma comprinha numa loja, pago minhas contas direitinho, não tem problema, agora, esses problemas que dá em mim eu não tenho culpa.

S – É, a Sra. se tratando, pode levar uma vida normal.

V – É, depois que eu achei a receita do remédio que eu tinha perdido. E foi a maior alegria prá mim. Que eu sabia que eu ia ficar boa de vez. Aí eu tomei o remédio e quem vem aqui já diz: “- Como a Sra. está diferente...”

S – Agora, Dona V., mas mesmo a Sra. tomando o remédio, se a Sra. sentir alguma coisa diferente, uma angústia, uma pressão, alguma coisa que tá lhe incomodando, é só a Sra. aparecer lá no CAPS. É melhor do que deixar e depois acabar tendo que internar. Então antes que chegue a esse ponto, se a Sra. vê que tem alguma coisa que está fugindo do seu controle que a Sra. não está dando conta direito, pega o ônibus e vai lá, não é tão longe assim, né? Vai lá mesmo que não tenha consulta e conversa com uma pessoa que estiver lá. Tem a terapeuta ocupacional S., que a Sra. já conhece e a enfermeira D., tem a gente, vamos ficar lá até dia cinco de junho, tem os médicos...

V – Pois é, como eu tava contando, eu tenho uma amiga chamada F. que era muito amiga minha, morava aqui na frente; então é uma pessoa que me ajudou muito, me deu muita força de vida, de olhar por mim quando eu estava precisando alguma coisa, né, eu não tenho irmã por parte de pai nem de mãe, porque eu tive mãe; então ela foi uma pessoa que sempre teve olhando por mim. Eu não fiquei sozinha na minha vida sempre teve gente boa. Eu passei momentos muito difíceis na minha vida, mas sempre encontrei pessoas boas. Eu sempre agradeço a Deus que eu tenho essas pessoas.

S – Mas por que a Sra. tem essas amizades? Porque a Sra. é uma pessoa boa, então as pessoas ficam querendo ajudar, né? Isso é mérito da Sra.

V – Tem pessoas que vem aqui mais de dez anos com costura e sempre voltam, vem sempre com reforma, com roupa para costurar. Tem gente que vem só prá me ver também, visitar. Então eu fico contente. Quando me dá esses problemas, eles nem percebem, quando eu falo eles nem acreditam, ficam admirados.

S – Mas quando a Sra. começa a encucar com as coisas, dá uma corrida lá...

V – Mas quando acontece comigo, não dá tempo de eu ir atrás, daí eu não procuro nada, eu fico dentro de casa, eu vou ficando, aí quem vai perceber é meus filhos, ou algum vizinho, daí eu nem, sabes que é uma coisa de repente quando dá; eu mesma não posso me ajudar.

S – Mas a Sra. não acorda sentindo uma coisa estranha, aí depois...

V – Mas o que eu posso me ajudar é o seguinte, pra não acontecer, como eu disse pra minha amiga, eu tomava o comprimido uma vez ou outra, quando eu via que ia dar, eu dizia pra minha amiga: - Ah! Eu até vou parar de tomar o remédio porque eu tô boa, não preciso mais. Quando eu queria, que eu via que ia “dar” (crise) eu queria comprar o remédio, mas aí eu não achava a receita, perdi a receita, aí quando eu achei foi a maior alegria porque eu sabia que ia melhorar.

S – Tá, mas, não pode parar, mesmo achando que tá bem...

V – É não pode, não eu não vou parar agora. Porque eu sei que eu não agüento se parar.

S – É tem que tomar certinho...

V – É o médico disse que tem que tomar o remédio sempre, sempre...

S – Bom, eu tenho que ir embora.

V – Almoça aqui.

S – Não, obrigada eu já tenho que ir.

Despedimo-nos e pedi para filha de Dona V. ligar para marcar outra consulta.

No dia marcado, encontrei N. em frente de sua casa, sentada em uma cadeira conversando com um homem que aparentava ter em torno de 40 anos. Quando N. me viu, levantou e veio ao meu encontro.

N: Oi! Eu estava te esperando... Foi fácil achar a minha casa?

Eu: Sim, achei sem dificuldades, fica bem perto da minha casa, até vim à pé.

N: Vem, C., eu quero te apresentar o meu compadre.

Após a apresentação, o homem foi embora e N. me convidou para entrar.

N: Eu estou fazendo uma “nega maluca”. Tu gostas?

Eu: Adoro, mas não precisava se incomodar.

N: Não é incômodo, é um prazer! Depois, a gente toma um cafezinho...

Eu: Como estás passando?

N: Ah, eu ando com muito sono e tem dias que não consigo fazer o meu serviço de casa...

Eu: Mas o que sentes?

N: Ah, eu fico muito lenta, tenho que fazer tudo bem devagar, só quero dormir...

Eu: Que remédios usas?

N: Eu tomo amplictil, haldol, akineton e diazepam.

Eu: Pode ser efeito dos remédios.

N: É, o médico já me disse isso.

Eu: Quando é que consultaste pela última vez?

N: Foi na semana passada.

Eu: Falaste para o médico sobre como estás te sentindo?

N: Falei. Ele até diminuiu a dose do haldol.

Eu: Sentiste alguma diferença?

N: Acho que estou um pouco melhor. Até quando vocês vão ficar no CAPS?

Eu: Até cinco de junho.

N: Que pena, vocês vão fazer falta para o CAPS...

Eu: Infelizmente, nosso estágio é curto.

N: Eu gosto tanto do pessoal do CAPS; eles são uns “amores”; eu me trato lá desde a época em que o CAPS era lá perto do Hospital Florianópolis. Não sei o que seria de mim sem o CAPS...

Eu: Por quê?

N: Ah, depois disso, eu nunca mais me internei...

Eu: Que bom!

N: Eu tenho pavor de internação. Eu fui muito maltratada no São José...

Eu: Como é que começou o teu problema?

N: Logo depois que eu me casei... Meu ex – marido era um “cavalo”; só me judiava e tinha monte de amantes na rua. Quando fiquei doente, ele me pegou e me jogou no São José, até proibiu visitas. Eu nem podia ver o meu filho que era tão pequeno.

Eu: Quantos anos ele tinha?

N: Tinha 4 anos. Ele ficou muito traumatizado... Hoje, ele me dá muita força. Ele é tudo para mim, é a coisa mais preciosa que tenho.

Eu: Ficaste quanto tempo internada?

N: Ah, uns 3 meses, eu não lembro direito. Quando me dá crise, eu volto ao passado e falo tudo o que passei de ruim com o meu ex – marido, por isso o meu filho tem tanta raiva do pai dele, não quer nem saber dele. Eu internei várias vezes, internei até em Curitiba. Não recebi apoio de ninguém; até a minha família me maltratava; meu irmão até me batia na cabeça, dizia que eu tinha “cabeça ruim”... Só tenho uma irmã que gosto, ela até me telefona de vez em quando.

Eu: Como era a tua vida antes de internares?

N: Ah, eu tinha uma vida bem boa; eu era fotógrafa em Joaçaba, a minha família é de lá, sou descendente de italianos. Aí, apareceu um “traste” na minha vida, que acabou comigo. Mas, eu já tô conformada, acho que cada um tem seu destino traçado, o que é para ser, será; não adianta...

Eu: Quantos anos tinhas quando conhecestes o teu marido?

N: Tinha uns 21 anos, ele era tão bonito, ele trabalhava numa empresa em Florianópolis e viajava por todo o Estado. Conheci ele lá em Joaçaba. Eu casei grávida de 3 meses, para a minha família foi o “fim do mundo”. Imagina naquela época... Os meus irmãos me chamaram de tudo; que eu não prestava... Até que no começo do casamento, ele era bom comigo, mas depois virou um “diabo”.

Eu: Aonde vocês moravam no começo do casamento?

N: Nós morávamos com os meus sogros; eles moravam lá perto do Beira Mar Shopping. Eles eram muito bons comigo, tanto que eu tenho essa casa porque o meu sogro passou para o meu nome. Se fosse pelo meu ex – marido, eu estaria morando na rua.

Eu: Quanto tempo estás separada dele?

N: Faz uns doze anos. Ele já arrumou outros filhos com uma outra, mas nem está mais com ela; decerto ela também não agüentou. Depois que me separei dele, ele sempre vinha aqui para “transar” comigo; no começo eu até aceitava, pensando que ele estava a fim de voltar a morar comigo; mas depois descobri que ele estava de “rolo” com outras. Coloquei um facão bem grande debaixo da minha cama e, quando ele apareceu à noite, quase o matei. Eu tinha que tomar uma atitude, senão ele ia ficar abusando de mim. Depois disso, ele nunca mais me incomodou; faz tanto tempo que não o vi mais... Deixa eu dar uma espiada na “nega maluca”... Está quase boa!

Eu: Ele te ajuda com alguma coisa?

N: Ajuda, porque eu fui no advogado, então ele foi obrigado a dar pensão para mim e para o meu filho. Mas, quando eu estou boa, eu trabalho: eu faço sorvete no verão, até consegui comprar algumas coisas para mim; eu também vendo umas bugigangas do Paraguai; o meu filho vai para lá de vez em quando. A gente também tem a locadora, daí também entra um dinheirinho. Eu me viro! Logo depois da separação, trabalhei numa casa de família. Não dá para ficar parada esperando que as coisas venham, a gente tem que batalhar. Vou tirar a “nega maluca”! Acho que está uma delícia!

Eu: É, o cheiro está bom!

N: Daqui a pouco já vai estar fria! Agora vou fazer a cobertura... Me avisa quando for quatro horas, eu preciso tomar o meu remédio.

Eu: Que remédio vais tomar?

N: Amplictil.

Eu: Aonde consegues os remédios?

N: O diazepam, eu pego lá na Policlínica; às vezes tem o amplictil lá, mas é difícil... Eu quase sempre compro os remédios... Depois, tu medes a minha pressão?

Eu: Claro!

N: A minha pressão está um pouco melhor agora, estou tomando chá de folha de chuchu e estou comendo a comida quase sem sal.

Eu: Fazes alguma atividade física?

N: Às vezes eu caminho pela rua, mas agora já faz um tempinho que não andei mais.

Eu: Andar é muito bom. Além de regularizar a pressão arterial, ainda ajuda no humor, pois quando a gente caminha, os hormônios entram em ação e provocam um bem estar.

N: Agora mede a minha pressão?

Eu: Sim!

N: foi buscar o aparelho. Sentou na cadeira e esticou o braço.

N: O meu filho sempre mede a minha pressão.

Eu: Está 130/80mmHg.

N: Ah! Então está boa hoje!

Eu: É, mas isso não quer dizer que não tens que tomar cuidado! Tens que te prevenir!

N: É, eu sei! Eu acho que a minha pressão sobe quando eu fico meia agitada e nervosa...

Eu: O que te deixa assim?

N: Não sei... Eu não queria ficar assim, mas é contra a minha vontade... É inconsciente. Eu falo sem parar... Agora já faz algum tempinho que não fiquei mais assim.

Eu: O que fazes quando te sentes assim?

N: Eu vou lá no CAPS. Te lembra quando eu apareci lá chorando e a enfermeira conversou comigo? Eu logo fui me sentindo melhor. Eu fico muito carente. Acho que já é hora de eu tomar o meu remédio. Vou buscar.

Trouxe uma sacola plástica cheia de comprimidos e foi mostrando todos.

N: Vamos tomar um café?

Eu: Claro, com o maior prazer.

Durante o café, fomos conversando.

N: Sabias que depois que me separei do primeiro marido, eu vivi com outro homem?

Eu: Não.

N: Então, vou te contar. Ele também era separado, o meu filho gostava muito dele, mas depois de algum tempo, ele começou a ter mulheres por aí; ele só queria pegar o meu dinheiro. Daí, eu “corri” com ele; fiquei com ele durante 4 anos. Depois, ainda tive uns namorados por aí, mas eram todos uns velhacos. Eu não quero mais homem para morar comigo. Só me incomodo...

Eu: Se é para ficares sofrendo, mais vale ficares sozinha.

N: Claro! Eu não tenho sorte com homens. Agora já faz 6 meses que estou telefonando para um senhor, a gente não se conhece...

Eu: Como é que conseguiste entrar em contato com ele?

N: Uma menina que sempre vem aqui na locadora é sobrinha dele; ela que sugeriu essa idéia; o homem mora no Jardim Atlântico com uma sobrinha; parece que ele está com um problema no pé, até vai fazer uma cirurgia. Eu ligo para ele para me distrair um pouco e trocar idéias. Parece que ele vem no meu aniversário, daí vamos nos conhecer, é bom ter amizades...

Eu: Ter amigos é fundamental na vida da gente. Eu tenho que ir, outra hora apareço novamente e conversaremos mais...

N: Mas está cedo!

Eu: Já são quase cinco horas, ainda tenho que estudar um pouco para amanhã...

N: Vais no CAPS amanhã?

Eu: Vou!

N: Na sexta feira a gente se encontra lá porque eu vou no grupo. Já estou com saudades do pessoal, na semana passada eu não fui porque fui no dentista, mas sexta eu quero ver se vou.

Eu: É bom participares de alguma atividade e ter contato com outras pessoas.

N: A gente aprende tanto no grupo, a gente troca experiências e dá conselhos. Eu vou contigo um pedaço, assim já ando um pouquinho. Sabe, eu fiquei muito feliz com a tua visita, nem sabes como me ajudaste, estou me sentindo melhor, mais animada...

Eu: Fico feliz em saber que contribuí para alguma coisa.

N: Fazer visita para as pessoas é muito bom. Posso te telefonar de vez em quando?

Eu: Claro, quando quiseres, só estou em casa à tarde ou à noite, aliás, para garantir é melhor ligares à noite. Nos despedimos e N. ficou aßenando para mim até que eu desapareci na rua.

## **ANEXO 4**



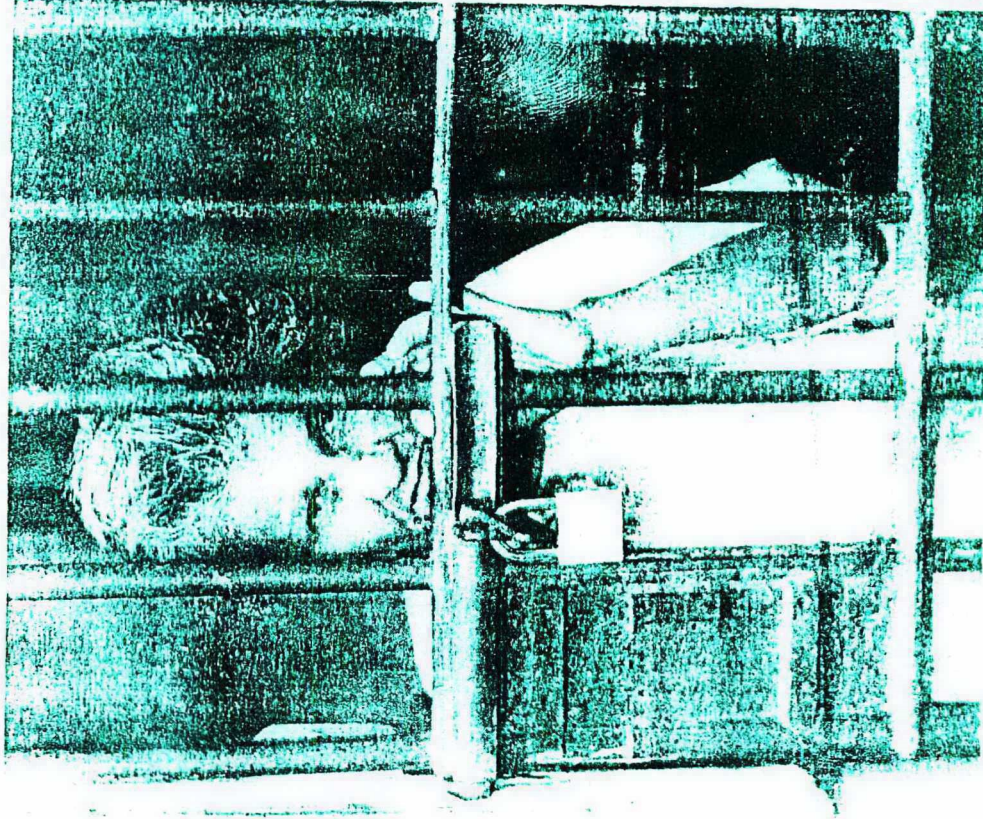
# Doente mental violento sem destino

**Polícia não tem para onde levar pessoas insanas que praticam atrocidades nas ruas de Joinville**

Aline Felk]  
JOINVILLE

N o último ano, 278 ocorrências envolvendo doentes mentais mobilizaram a Polícia Militar. Um serviço que seria rotineiro não fosse a dificuldade dos soldados de encontrar um local para estas pessoas. Geralmente elas se apresentam como no caso de Ivonete Aparecida Sestrem, 32 anos, que na madrugada de sexta-feira deixou o centro da cidade para acabar sedada no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. São homens e mulheres agressivos, que frequentemente colocam sua própria vida e a de outros em risco, e que não têm onde receber tratamento. Os 27 leitos da ala psiquiátrica do Regional estão sempre lotados. "Se o laudo médico comprovar a necessidade de internação, encaminhamos estes pacientes para Curitiba", informa a coordenadora da ala, a médica Minoko Soares.

Até que isto ocorra, os doentes percorrem um longo caminho por várias instituições da cidade. Foi assim com Ivonete, que ao final da manhã estava cubículo da 6ª DP. Antes disso, às 3h, a mulher perambulava pelo centro da cidade completamente nua. A PM foi acionada. Ivonete foi vestida na delegacia, onde deveria permanecer até ser



**DESATINO:** Eliete atirou criança de cinco anos para a morte sob as rodas de um ônibus

SALMO DUARTE/Un 97

atendida por especialistas. Só que a mulher voltou às ruas porque as polícias acreditaram que ela já estava em condições e, além disso, não tinham onde deixá-la. Cinco horas depois, Ivonete novamente estava despida e numa situação pior. Caminhava no meio de uma das pistas mais movimentadas da cidade, a Avenida Getúlio Vargas.

Recolhida novamente pela PM, voltou à 6ª DP e de lá foi levada para a ala psiquiátrica do Hospital Regional, às 11h. Agressiva, Ivonete não ficou no local. No final da tarde, a mulher dormia no setor de urgência do pronto-socorro do hospital, enquanto outra enfermeira contactava a Secretaria do Bem-Estar Social para decidir seu destino. A assistência social da prefeitura não possui quadro clínico-técnico para receber doentes mentais. "É sempre assim, um empurra para o outro", diz um escrivão da Polícia Civil. O secretário do Bem-Estar Social, Osmari Fritz, anuncia um estudo para a implantação de um centro de triagem.

Em menos de um ano, duas mortes já foram registradas em Joinville por causa da agressividade de doentes mentais indigentes. Uma das ocorrências teve a vida de um menino de cinco anos, Felipe Teichmann. No dia 25 de junho do ano passado, Eliete de Castro, 42 anos, empurrou a criança em direção a um ônibus sem nenhum motivo aparente. Eliete já tinha várias passagens na delegacia por agressão a policiais e a outras crianças. Depois de 30 internações em várias instituições, ela permanece no Presídio Regional.



## **ANEXO 5**



CONSULTA DE ENFERMAGEM



VISITA DOMICILIAR



PASSEIO AO SHOPPING BEIRA - MAR



TRAJETO PARA O SHOPPING





REALIZAÇÃO DA OFICINA COM OS CLIENTES E FAMILIARES.



REALIZAÇÃO DA OFICINA